



Leena Hassi

NYTHÄN SEN OSSAANKIN

Hyvän kuntoutuskäytännön kehittyminen Pudasjärven terveyskeskuksessa

NYTHÄN SEN OSSAANKIN

Hyvän kuntoutuskäytännön kehittyminen Pudasjärven terveyskeskuksessa

Leena Hassi
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Kuntoutuksen koulutusohjelma ylempi amk
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma

Tekijä: Leena Hassi

Opinnäytetyön nimi: NYTHÄN SEN OSSAANKIN. Hyvän kuntoutuskäytännön kehittyminen Pudasjärven terveyskeskuksessa

Työn ohjaajat: Arja Veijola ja Helena Siira

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 84 + 16 liitesivua

Arviointitutkimus liittyi Pudasjärven terveyskeskuksen henkilökunnan kehittämistoimintaan. Pudasjärvelle osana Oulunkaaren seutukuntaa perustettiin sosiaali- ja terveystoimen uusi yhteistointialue vuonna 2010. Lisäksi tarkoituksena oli perustaa Pudasjärvelle oma kuntoutusosasto. Muutoksen tueksi järjestettiin puolitoista vuotta kestänyt kuntoutuskoulutus vuosina 2008–2009. Koulutukseen osallistui yhteensä 55 työntekijää vuodeosastolta, kuntoutusyksiköstä ja kotihoidosta. Koulutuksen toteutti Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Kehittämistyöhön liittyvän tutkimuksen tarkoitus oli kuvata, miten koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden kuntoutusosaaminen kehittyi koulutushankkeen aikana. Toisena tehtävänä oli kuvata mitkä tekijät edistivät koulutukseen osallistujien ja kouluttajan kuvaamana terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilökunnan kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutuksen aikana.

Hyvän kuntoutuskäytännön mukaisella toiminnalla parannetaan ihmisen elämänhallintaa ja siltä edellytetään suunnitelmallisuutta, monialaisuutta ja tuloksellisuutta. Tuloksellisen kuntoutuksen yleisinä piirteinä ovat työntekijöiden moniammatillinen työote ja asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen kiinnittyminen kuntoutujan ympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan sekä kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen aloittaminen.

Koulutus noudatti tutkivan oppimisen ja osallistavan toimintatutkimuksen periaatteita. Arviointitutkimuksen tutkimusaineisto muodostui koulutusprosessin kuluessa osallistujien tekemistä ennako- ja oppimistehtävistä, haastattelemalla tuotetuista aineistoista, erilaisista koulutushankkeen aikana tuotetuista kirjallisista dokumenteista ja tutkijan päiväkirja-aineistosta. Tutkimusaineistoja analysoitiin sisällön analyysillä ja analyysin tuloksia hyödynnettiin koko hankkeen ajan henkilöstön asiantuntijuuden kehittämisvälineenä.

Kuntoutuskoulutuksen päättyessä kuntoutumista edistävä toimintamalli oli syventynyt ja yhteinen näkemys kuntoutuksesta rakentui toimintaa ohjaavaksi viitekehykseksi. Eri ammattiryhmät olivat lähestyneet toisiaan ja työntekijät olivat havahtuneet uudentyypiseen moniammatilliseen yhteistyöhön. Kuntoutuksen tietoperustan lisääntymisen myötä oli mm. helpompi perustella asiakkaille kuntoutumista tukevia hoitotyön toimintakäytäntöjä. Tavoitteellinen toiminta oli systemaattista ja asiakkaan oma aktiivinen rooli oli lisääntynyt. Osallistava, keskustelua tukeva koulutusmenetelmä, ryhmätöiden tekeminen ja asioiden miettiminen yhdessä koettiin antoisana ja yhteistyön kehittymistä tukevana asiana. Työilmapiiri muuttui toisen työtä - ja tätä kautta myös toisia – arvostavaksi. Koulutuksessa käytetty menetelmä soveltuu käytettäväksi muissakin vastaavanlaisissa kehittämishankkeissa.

Asiasanat: arviointitutkimus, kuntoutuskoulutus, moniammatillinen yhteistyö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Rehabilitation programme

Author: Leena Hassi

Title of thesis: NOW I CAN DO IT. Developing the good rehabilitation practices in Pudasjärvi health centre

Supervisors: Arja Veijola and Helena Siira

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011

Number of pages: 100

The staff of the health center of Pudasjärvi took part in a rehabilitation program which took 18 months and was arranged in 2008-2009. The program supported the stage of change where it was about to launch a new co-operation region of social and health care in Pudasjärvi as a part of the sub region of Oulunkaari. The program was implemented by University of Applied Sciences of Oulu region. All together 55 employees from the inpatient, the rehabilitation unit and the home-care unit took part in the program. The meaning of this evaluation research was to picture what was the practice like before the program and how the good rehabilitation practices develop during the rehabilitation program. Another meaning was to show up the meanings that made the rehabilitation program manage.

The good rehabilitation practices make easier to control one's life. Orderliness, multiprofessional method and cooperation, productivity and the right timing of the rehabilitation are expected of this kind function.

The research material consisted of preliminary and learning tasks, materials realized by interviewing, different kind of written documents realized during the program and researcher's diary material. The research materials were analyzed typically for action research by analyzes of the content and they were made use of during the entire training as an instrument of development of personnel's expertise.

By the end of the rehabilitation program the rehabilitation supporting approach had deepened and the mutual view was built as an action directing frame of reference. The employees had woken up for a modern, multi-professional cooperation. The objective action was systematic and client's own active role had increased.

There was a demand for rehabilitation program in Pudasjärvi and it took place at the right time, place and situation. The change is always about learning, either individual or community. The construction of the frame of reference of the rehabilitation required also bringing the new knowledge of rehabilitation into the society and reflective processing of the knowledge. The integration of objects of learning for the everyday activities of the participants was also important. The learners and instructors processed and evaluated together the new knowledge and its utility in Pudasjärvi. Innovativeness combined to co-operative learning created new know-how. The teaching method is suitable for any other developing processes.

Keywords: evaluation research, rehabilitation program, multi-professional cooperation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT, RAKENNE JA TAVOITTEET	10
2.1 Kuntoutuskäytännön kehittämisen lähtökohdat	10
2.1.1 Valtakunnallinen kehittämistyö	11
2.1.2 Alueellinen kehittämistyö.....	14
2.1.3 Paikallistason kehittämistyö	18
2.2 Tutkimuksen rakenne.....	20
2.3 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	21
3 NÄKÖKULMIA ARVIOINTIIN	22
3.1 Arviointi käsitteenä ja ilmiönä	22
3.2 Arviointitutkimus	24
3.3 Kuntoutus arvioinnin kohteena	24
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	28
4.1 Hyvä kuntoutuskäytäntö – arviointikontekstina koulutushanke	28
4.1.1 Hyvän kuntoutuskäytännön kehittäminen Pudasjärvellä	31
4.1.2 Työssä oppiminen kehittämistyön kontekstissa.....	31
4.1.3 Koulutushanke -interventio.....	33
4.1.4 Kehittämisympäristö ja kehittämistyöhön osallistujat	36
4.2 Tutkimusprosessi.....	38
4.2.1 Tutkimusaineiston kerääminen.....	40
4.2.2 Aineiston analysointi.....	45
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	49
5.1 Kuntoutusosaamisen kehittyminen koulutushankkeen aikana.....	49
5.1.1 Työntekijöiden tiedoissa ilmennyt kehittyminen koulutushankkeen aikana	49
5.1.2 Työntekijöiden taidoissa ilmennyt kehitys koulutushankkeen aikana	51
5.1.3 Asenneilmapiirin kehittyminen kuntoutustoiminnassa	53
5.2 Kuntoutusosaamisen kehittymistä edistävät tekijät koulutushankkeessa	55
5.2.1 Koulutukseen osallistujien näkökulma	55
5.2.2 Kouluttajan näkökulma.....	56
6 POHDINTA, JOHTOPÄÄTELMÄT SEKÄ JATKOTUTKIMUS – KEHITTÄMISHAASTEET	59
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	59
6.1.1 Eettisyyden tarkastelua.....	59
6.1.2 Luotettavuuden pohdintaa.....	61
6.2 Tutkimustulosten pohdintaa	62
6.2.1 Muutoksiin vastaaminen yhteiskunnallisissa puitteissa	63
6.2.2 Tilannesidonnainen toiminta.....	64

6.2.3 Yksilötasolla toimiminen.....	67
6.3 Koulutusmetodi.....	67
6.4 Arviointitutkimus kehittämistoiminnan tukena	68
6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteita	70
LÄHTEET:.....	73
LIITTEET	85

1 JOHDANTO



Kuntoutuksen käsite on olennaisesti laajentunut suppeaa ryhmää koskevista palveluista monilaiseksi, suuren väestönosan hyvinvointia edistäväksi toimintakokonaisuudeksi. Kuntoutus on käsitteenä moniulotteinen ja sillä voidaan tarkoittaa hyvinkin erilaista toimintaa. Usein juuri tämä moninaisuus hankaloittaa niin toiminnan ohjaamista kuin sen kehittämistäkin. Sairaanhoidon ja kuntoutuksen raja on usein varsin häilyvä. Käsitteen laajentumisen myötä hyvältä kuntoutuskäytännöltä edellytetään suunnitelmallista, yhteistyöhön perustuvaa moniammatillista työtä. Juuri moniammatillisuus sekä kuntoutuksessa käytettävät menetelmät erottavat sen tavanomaisesta sairaanhoidosta. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 11–15.)

Hyvän käytännön mukainen kuntoutus pohjautuu vakiintuneeseen ja kokemuseräisesti perusteltuun kuntoutuskäytäntöön tai tieteelliseen vaikuttavuustietoon. Kuntoutuksen tulee perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen sekä olla tarpeellista työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi. Kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden huomiointi on kuntoutuksen lähtökohta. Näin ollen hyvälle kuntoutuskäytännölle on ominaista huomion kiinnittäminen kuntoutujan voimavaroihin, omiin kokemuksiin ja aktiivisuuteen. Tämä mahdollistaa kuntoutujan sitoutumisen kuntoutukseen ja kuntoutumista edistävien toimintojen riittävän toistamisen arjessa. Näiden lisäksi sosiaaliset ja ympäristötekijät ovat tärkeässä asemassa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 11–15; Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 5.) Tässä tutkimuksessa on käytetty aivohalvaus (AVH) – potilaan kuntoutumista esimerkkinä hyvän kuntoutuskäytän-

nön mukaisesta prosessista. Tutkituista kuntoutusmuodoista juuri aivohalvauspotilaiden kuntoutuksesta on saatu vahvinta näyttöä asiantuntevan moniammatillisen työryhmän toteuttamana. (Sivenius, 2007, 161–164; Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 257–263; Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008, 7; Takala 2009, hakupäivä 11.1.2011.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle on kehitetty aivohalvauspotilaan (AVH) alueellista potilasohjauksen toimintamallia ja Pudasjärvi on ollut mukana kehittämistyössä.

Oulunkaaren seutukunnan alueen yhteistyö on käynnistynyt vuoden 2006 alussa. Alueelle on perustettu vuoden 2010 alusta yhteistoiminta-alue, jonka muodostavat Iin, Pudasjärven, Utajärven ja Vaalan kunnat. Yli-Iin kunta on ollut mukana sekä Oulunkaaren seutukunnan suunnittelussa että Oulun seudun yhteistyöselvittelyssä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista yhteistoiminta-alueeseen on otettu mukaan ympäristöterveydenhuolto ja päivähoidon lukuun ottamatta kaikki kansanterveystyön ja sosiaalihuoltolain mukaiset toiminnot. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 6.) Pudasjärven perusturvan palveluidenjärjestämissuunnitelma 2007 – 2010 ja 2025 ohjeistaa palveluiden uudelleen organisoinnin. Perusturvan palvelut jaetaan asiakasnäkökulmasta kolmeen hallinnolliseen kokonaisuuteen: perhepalvelut, terveyspalvelut ja vanhuspalvelut. Palveluidenjärjestämissuunnitelman mukaan terveyskeskuksen sairaala toimii tulevaisuudessa akuutin vaiheen hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta antavana osastona. Vanhuspalveluiden tavoitteena on mm. turvata asiakkaiden yksilöllinen ja ihmisarvoinen vanhuus muuttamalla laitostyöskäytäntöä palvelurakennetta kotona selviytymistä ja palveluasumista tukeviksi palveluiksi. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 3-4.)

Vuonna 2008 Pudasjärven terveyskeskuksen kehittämissuunnitelmaan kuului uuden kuntoutusosaston perustaminen ja toiminnan kehittäminen uuden toiminnan vaatimusten mukaiseksi. Muutoksen tueksi Pudasjärven terveyskeskus tilasi vuodeosaston ja kuntoutusyksikön henkilökunnalle kuntoutuskoulutuksen Oulun seudun ammattikorkeakoululta. Syksyllä 2008 käynnistyneen koulutuksen tavoitteena oli osallistujien tietoperustan lisääminen kuntoutustoiminnan lähtökohdista, asiakkaan subjektiivisesta ja aktiivisesta osallisuudesta kuntoutustavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamiseen. Lisäksi tavoitteena oli, että osallistujat lisäävät tietojään ja taitojaan kuntoutusinterventioiden suunnitteluun moniammatillisissa työryhmissä. Tässä kuntoutuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon liittyvässä opinnäytetyönä tuotetussa tutkimuksessani kuntoutuskoulutusinterventiosta käytän nimitystä koulutushanke. Koulutushanketta voidaan kuvata prosessina tai projektina, joka oli kertaluonteinen, tavoitteellinen ja varta vasten tiettyä tehtävää

varten muodostettu. Sen kesto ja resurssit olivat ennalta määritelty ja siihen kuului olennaisena osana suunnittelun ja toteutuksen rinnalla projektin/prosessin arviointi. (Anttila 2007, 39–42.)

Olen käyttänyt tässä työssä käsitteitä arviointi ja evaluaatio rinnakkaisina käsitteinä. Kokonaisvaltaisen arvioinnin suorittamisessa edellytetään sekä ulkoista että sisäistä arviointia, jonka tarkoituksena on ohjata kehittämistoimintaa. Prosessiarvioinnissa seurantatiedon, palautteen ja reflektion pohjalta tehtyjen johtopäätösten avulla ohjataan kehittämistoimintaa kohti tavoitteena olevaa visiota. Onnistunut kehittämistoiminta edellyttää, että kaikki arvioitavaan toimintaan osallistuvat omaksuvat evaluatiivisen työotteen ja arviointikulttuurin - unohtamatta ensiarvoisen tärkeää johtamisen tehtävää, jossa hyödynnetään prosessiarvioinnista saatua palautetietoa. (Suikkanen & Lindh 2002, 19; Seppälä-Järvelä 2004, 24.) Tämä arviointitutkimus oli suunniteltu ja toteutettu niin, että se oli mahdollista toteuttaa rinnan ja limittäin Pudasjärven koulutushankkeen aikana. Kaikki koulutukseen osallistuneet työntekijät ja kouluttaja osallistuivat tutkimukseen.

Tämä tutkimus on toinen osa Pudasjärven terveyskeskuksen henkilökunnan täydennyskoulutus – hankkeeseen liittyvää opinnäytetyökokonaisuutta. Tämän kehittämistyöhön liittyvän tutkimuksen tarkoitus on kuvata, miten koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden kuntoutusosaaminen kehittyi koulutushankkeen aikana. Lisäksi kuvataan mitkä tekijät edistivät koulutukseen osallistujien ja kouluttajan kuvaamana terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilökunnan kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutuksen aikana.

Tutkimuksen raportti etenee seuraavassa luvussa käsittelemään tutkimuksen lähtökohtia, rakennetta ja tavoitteita. Kolmannessa luvussa esitän erilaisia näkökulmia arviointiin. Neljännessä luvussa kuvaan terveyskeskuksessa toteutettua koulutushanke- interventiota ja tutkimuksen toteuttamista. Viidennessä luvussa esitän tutkimuksen tulokset. Viimeisessä kuudennessa luvussa pohdin tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimustuloksia sekä esitän jatkotutkimus- sekä toiminnan kehittämisaiheita.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT, RAKENNE JA TAVOITTEET

2.1 Kuntoutuskäytännön kehittämisen lähtökohdat

Nykypäivän työyhteisöt elävät jatkuvan muutoksen paineessa. Myös kuntoutus voidaan ymmärtää aktiivisena muutosprosessina, jonka aikana henkilö vahvistaa omatoimisuuttaan ja kehittää itselleen parhaiten sopivia keinoja ja strategioita suoriutuakseen mahdollisimman täysipainoisesti arkielämästä. Kuntoutusjärjestelmä ja kuntoutustyöntekijä tukevat henkilöä, jonka ajatellaan olevan omassa kuntoutusprosessissaan aktiivinen toimija. Kuntoutustoiminnan auttamis- ja tukitoimet tulisi tuoda lähelle henkilön arkielämää, työprosessia ja elinympäristöä. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, 26; Järvikoski & Härkäpää 2004, 19–20.) Rissasen (2007, 9–10) mukaan eri kuntoutusjärjestelmien intressit tai eri ammatilliset intressit ovat kuntoutujalle toissijaisia. Kuntoutuksen tulisi näyttäytyä kokonaisuutena, jossa organisaatiot ja niiden asiantuntijat toimivat yhteistyössä ja huomaamattomina auttajina.

Työyhteisön toimintakyvyn säilyminen vahvana muutostilanteiden käsittelyssä ja ennen kaikkea päivittäisessä perustehtävään vastaamisessa, edellyttää tasapainoista kehittämistä ja sisäistä uudistumista. Koulutuksella ja kehittämisellä tuetaan työyhteisön ja organisaation jokapäiväistä toimintaa. (Seppänen-Järvelä & Vataja, 2009, 9.) Kehittämistyö ei kuitenkaan tapahdu muun työn ohessa, ilman suunnittelua ja resursointia. Ilman sovittuja aika- ja tilakysymyksiä kehittäminen jää usein arkityön kiireen jalkoihin. Kehittämisprosessille sovitut menetelmät rakentavat kehyksen ja sen myötä tuovat työlle tarvittavan ajan. Seppänen-Järvelä ja Vataja (2009, 18) korostavat kehittämisprosessin merkitystä yhteisöllisen toiminnan kannattelijana sillä se tuottaa mm. yhteistä ymmärrystä ja kieltä eri ammattiryhmien edustajien välille. Omaksumalla oppimisen näkökulma työyhteisöön on voitu merkittävästi vaikuttaa henkilöstön ja organisaatioiden kehittämistä koskeviin ajattelutapoihin ja käytäntöihin.

Evaluaatiivisen kehittämisen perusajatuksena on luoda sellainen seurannan ja arvioinnin asetelma, joka tuottaa tietoa oppimisen perustaksi. Toiminnasta kerätään palautetietoa, jota hyödynnetään oppivasti sekä yksittäisen asiakkaan, työntekijän että organisaation näkökulmasta. Omaan toimintaan tulisi suhtautua arvioivasti ja kyetä käyttämään erilaisia tiedonlähteitä toimintakäytäntöjen muokkaamisessa. Kehittämistyö ei kuitenkaan saisi jäädä vain pienen piirin puuhasteluksi, vaan

hyviksi havaittuja toimintamalleja ja -käytäntöjä tulisi levittää laajemminkin käyttöön. (Seppänen-Järvelä 2004, 23; WHO 2000, 9, hakupäivä 24.4.2010.)

Seuraavissa kappaleissa tarkastelen kuntoutukseen liittyvän kehittämistyön periaatteita valtakunnallisista, alueellisista ja paikallisista lähtökohdista.

2.1.1 Valtakunnallinen kehittäminen

Aiheellisesti voidaan kysyä, onko kuntoutus uudistuvissa rakenteissa ja kehittämisohjelmissa jäämässä jalkoihin (Nyfors 2009, hakupäivä 28.4.2010). Suomalainen kuntoutusjärjestelmä toimii hajautetusti ja se perustuu yhteiskunnallisiin sopimuksiin ja työnjakoon. Kuntoutus ilmiönä on hyvin monimuotoinen ja moniulotteinen, eikä sillä ole yksiselitteistä hallinnollista järjestäjätahoa. Päävastuu kuntoutuksen järjestämisestä on julkishallinnolla. Kuntoutuksen eri toimijoiden, päättäjien, palveluntuottajien ja rahoittajien toimintaa säätelevät useat eri toimijoille säädetyt lait ja asetukset. Eri tieteenalojen vallalla olevat ja vaikuttavat, usein jopa ristiriitaisetkin paradigmat ja toimintakulttuurit selittävät kuntoutuksen hajanaisuutta. Koska kuntoutusta toteutetaan Suomessa useassa osajärjestelmässä, hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti edellytetään näiden eri osajärjestelmien toimenpiteiden yhteensovittamista. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, 21; Puumalainen ym. 2008, 19; Paatero, Lehmijoki, Kivekäs & Ståhl 2008, 31–32.)

Valtakunnallisen kehittämistyön edellytyksinä Nyfors (2009), näkee rahoitus- ja järjestämisvastuiden selkeyttämisen nykyistä huomattavasti yksinkertaisemmaksi. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin käynnistämässä kuntoutuksen monikanavaisen rahoitusmallin arviointia. Tulevaisuudessa kuntoutusasiakkaalle tulisi luoda yksi ”sisääntuloväylä” järjestelmään ja taata toimivien ja tuloksellisten palvelujen viranomaisvastuu prosessin alusta loppuun. Kuntoutusjärjestelmä tulisi hahmottaa uudella tavalla, joka poikkeaa nykyisestä järjestelmäkeskeisestä tavasta. Kuntoutusprosessi tulisi nähdä ensisijaisesti asiakkaan prosessina, johon järjestelmät sitoutuvat sovitulla tavalla sitä toteuttamaan. Kuntoutusalalla tulisi yhtenäistää käytäntöjä ja lisätä asiantuntijoiden osaamista, minkä seurauksena ei jatkossa olisi tarvetta toimintaa rajaaville ohjeille ja normeille. Kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä olisi parannettava muun muassa siten, että kuntoutusvastuun muuttuessa eri vastuutahot yhdessä selvittävät kuntoutuksen kokonaisvastuuta. (Musikka-Siirtola, Siirtola & Wickström 2008, 44; Nyfors 2009, hakupäivä 28.4.2010.)

Sosiaali- ja terveystalvelujen valtakunnan tason kehittämisesssä vastuu on päättäjillä. Meneillään olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisissa julkisen terveydenhuollon kuntoutukselle on tulossa nykyistä vahvempi status. Lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu ja järjestäminen tulisi tehdä alueellisena kokonaisuutena. Sairaanhoidopiiri ja alueen kunnat laativat jatkossa perusterveydenhuollon yhteistyösuunnitelman, joka pohjautuu väestön terveystietoihin ja palvelutarpeisiin. Sopimus kattaisi myös kuntien yhteistyön, erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ja palvelujen kehittämisen seuraamisen. (Nyfors 2010, hakupäivä 10.10.2011.)

Kuntoutusjärjestelmiä ja -käytäntöjä kehitetään eri puolilla maata eri organisaatioiden omien hankkeiden tai valtakunnallisten kehittämishojelmien kautta. Esimerkiksi Kelan kolmivuotissuunnitelmassa määritellyt kehittämistoiminnan painopistealueet ovat mielenterveyskuntoutus, työhönkuntoutus, vaikeavammaisten kuntoutus, geriatrinen kuntoutus, lasten perhekuntoutus ja avo-
muotoiset kuntoutuspalvelut (Kela 2010a, hakupäivä 11.12.2010.) Kehittämishojekteissa pyritään vastaamaan yhteiskunnasta, toimintaympäristöstä ja kuntoutujista nouseviin muutostarpeisiin hakemalla uutta ja innovatiivista toimintaa (Lahtela, Grönlund, Röberg & Virta 2002, 64–65; Suikkanen & Lindh 2008, 71–72).

Kuntoutusjärjestelmän kehittämisen rinnalla tarvitaan ”työkalujen” ja käsitteiden yhtenäistämistä. Eri alojen ammattilaiset ymmärtävät toistensa työtä kuntoutusprosessissa paremmin, kun käytössä on yhteinen ymmärrettävä kieli (Paltamaa ym. 2011, 232.) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus eli ICF (International Classification of Functioning, Disability ja Health) mahdollistaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen kuvata toiminnallista terveydentilaa ja sen vuorovaikutussuhdetta ympäristötekijöihin. Luokituksen avulla on mahdollista verrata tietoja eri maiden, terveydenhuollon erikoisalojen, palveluiden ja eri ajankoh-
tien välillä. Lisäksi ICF tarjoaa järjestelmällisen koodausmenetelmän terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten. (ICF 2004, 4; Algurén, Lundgren-Nilsson & Stribrant Sunnerhagen 2010, 558.) Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen sekä niiden pohjalta laadittujen tavoitteiden asettaminen on olennainen osa kuntoutusprosessia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto (TOIMIA) yhdenmukaistaa toimintakyvyn arviointia ja mittaamista, parantaa näin laatua sekä yhdenmukaistaa toimintakyvyn ja toimintaedellytysten kuvaamisessa käytettävää terminologiaa. Tieto väestön toimintakyvystä on terveyspolitiikan tärkeä lähtökohta ja arviointiväline. Se luo myös edellytykset kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutumiselle. (Toimia 2011, hakupäivä 19.2.2011; Koskinen, Pitkänen & Saarenheimo 2009, 201; Paltamaa ym. 2011, 111.) Kelan tavoitteena on GAS-menetelmää (GAS = Goal Attainment Scaling = tavoitteiden saavutta-

mista mittaava asteikko) käyttäen tuoda Kelan järjestämään kuntoutukseen yhtenäinen välineistö kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen. GAS:in avulla määritetään kuntoutujan, osaston, ohjelman jne. tavoite tai tavoitteet sekä se, mitä erilaisilla toimenpiteillä pyritään saavuttamaan. GAS ei kuitenkaan sovellu kuntoutujien ominaisuuksien kuvaajaksi, vaan siihen tarvitaan edelleen diagnosoispesifisiä arviointimenetelmiä. (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä 2010, hakupäivä 19.2.2011.)

Kuntoutustoiminnan suunnittelu- ja kehittämistyön apuna ovat eri aloilla ja sektoreilla tuotetut laatusuosituksien ja – kriteerit. Suomalaiset laatusuosituksien linjautuvat samansuuntaisesti keskeisten kansainvälisten (WHO ja Euroopan neuvosto) suositusten kanssa. Valtakunnallisiin suosituksiin voidaan lukea terveydenhuoltoa koskevat hoitosuosituksien ja erilaiset hyvän käytännön toimintamallit. Kuntoutusta koskevan vaikuttavuustiedon systemaattiseen käyttöönottoon pyritään mm. kansallisten hoitosuosituksien (esim. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus - konsensuslausuma), alueellisten hoito-ohjelmien (esim. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) potilasohjausmalli) ja hoitomenetelmien uudistamisen keinoin. Esimerkkinä hoitosuosituksista ovat eri asiantuntijoiden yhdessä laatimat, näyttöön perustuvat Käypä hoito – suositukset, jotka on laadittu terveydenhuollon päätöksenteon tueksi ja potilaan parhaaksi. (Käypä hoito 2010, hakupäivä 2.9.2010; Lipponen, Ukkola, Kanste & Kyngäs 2008a, 121–153; Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008, 20; Kela 2010b, hakupäivä 11.12.2010.)

Kuntoutusjärjestelmän toimivuutta, eri kuntoutusmuotojen tehokkuutta ja kuntoutuksen taloudellisia vaikutuksia koskevaa tutkimusta pitää lisätä. Tutkittujen kuntoutusmuotojen käyttöä tulisi suosia nykyistä enemmän. (Valtioneuvosto 2002,1; Seppälä 2009, 1.) Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelman mukaisesti tutkimusta tarvitaan etenkin vanhusten toimintakyvyn ja kotona selviytymisen tukemisen keinoista (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, 44). Valtioneuvoston eduskunnalle vuonna 2002 antaman kuntoutuksen selonteon mukaan haasteina tulevaisuudessa ovat ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen, vanhusväestön toimintakyvyn säilyttäminen, kuntoutuksen riittävän varhainen aloittaminen, moniammatillisen työotteiden kehittäminen ja kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevan tutkimuksen lisääminen (sama). Näihin haasteisiin osaltaan vastaavat käynnissä olevat erilaiset kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimiseen liittyvät hankkeet. (Kela 2010a, hakupäivä 11.12.2010; Sjögren, Heinonen, Paltamaa, Suomela-Markkanen & Peurala 2009a, 69–70; Sjögren, Heinonen, Paltamaa, Nykänen, Suomela-

Markkanen, Peurala & Tuupanen 2009b ym. 2009, 71–72; Sjögren, Heinonen, Paltamaa, Nykänen & Suomela -Markkanen 2009c ym. 73–74.)

2.1.2 Alueellinen kehittämistyö

Sosiaali- ja terveysalan toimijoiden seudullista ja alueellista yhteistyötä kehitetään Suomessa sekä lainsäädännön uudistuksin että meneillään olevilla kansallisilla kehittämisohjelmilla. Lukuisilla kehittämishankkeilla pyritään uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteita ja sisältöä. Kehittämisen kohteena ovat esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja työnjako sekä seudulliset palvelurakenteet.

Valtioneuvosto käynnisti keväällä 2005 Paras-hankkeen kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi. Uudistusta perusteltiin rakenteellisilla muutoksilla, joita kunnat tulisivat lähitulevaisuudessa kohtaamaan. Muutostarpeen nähtiin johtuvan esimerkiksi väestön vanhenemisesta, palvelukysynnän kasvusta, henkilöstön eläkkeelle siirtymisestä, julkisen talouden paineiden ja palveluiden tuotantotapojen monimuotoistumisesta. Muutosten arvioitiin tarvitsevan uutta osaamista sekä syvenevää yhteistyötä kuntien kesken sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä. Kaiken kaikkiaan toimintaympäristömuutosten nähtiin edellyttävän kunta- ja palvelurakenteen muuttamista, jotta kuntien vastuulla olevien palvelujen saatavuus ja laatu turvattaisiin myös tulevaisuudessa. Kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annettu laki (PUITE -laki) tuli voimaan helmikuussa 2007 ja on voimassa vuoden 2012 loppuun. Puite-lain tarkoituksena on vahvistaa kuntarakennetta esimerkiksi yhdistämällä kuntia tai liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin. (Valtiovainministeriö 2009, 5, 38.)

Paras-uudistuksen tavoitteena on eheä ja toimintakykyinen kuntarakenne, jonka avulla voidaan turvata laadukkaat ja koko maassa saatavilla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi uudistuksen tarkoituksena on parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytykset kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi. Valtiovainministeriön tekemän selvityksen mukaan uudistus ei ole vielä kovin vahvasti vaikuttanut palvelujen kehittämiseen. Sen sijaan vaikutuksia on nähtävillä erityisesti hallinnollisten rakenteiden kehittämisessä. Paras-uudistus etenee tällä hetkellä erityisesti yhteistoiminta-alueiden muodostamisessa. (Valtiovainministeriö 2009, 5, 38.)

Pohjois-Pohjanmaan maakunnan hyvinvointiohjelmassa on määritelty alueen hyvinvoinnin kehittämisen päälinjaukset. Yhteistyönä työstetyn ohjelman toimeenpanoa tukee kuntien ja keskeisten toimijoiden allekirjoittama hyvinvointisopimus. Hyvinvointiohjelman kehittämishankkeiden keskeisiä rahoituslähteitä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011 eli KASTE – ohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriön Terveyden edistämisen määrärahat, EU:n rakennerahasto-ohjelmat (EAKR, ESR), Raha-automaattiyhdistys (RAY) ja Tekesin eri rahoitusohjelmat. (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2007, 8; Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 86.) KASTE -ohjelman toimeenpano täsmentyy ja toteutuu konkreettisissa kehittämistoimissa ja niiden tavoitteissa, joita on ollut sopimassa kuntien, järjestöjen ja muiden alueellisten toimijoiden muodostama laaja yhteistyöverkosto. Pohjois-Suomen keskeisiä KASTE-ohjelmakauden painopisteitä vuodelle 2008 ovat olleet henkilöstön saatavuuden ja riittävyden turvaaminen, osaamisen vahvistaminen, sekä johtamisen ja kehittämisrakenteiden vahvistaminen. Painopisteet KASTEEN Pohjois-Suomen alueella vuosille 2009–2011 ovat osaamisen ja kehittämistoiminnan vahvistaminen, mielenterveyden edistäminen, päihdeongelmien ja syrjäytymisen ehkäisy, hyvinvoinnin edistäminen sekä sosiaalisten ja terveyserojen kaventaminen sekä saamenkielisten palvelujen kehittäminen. (Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä 2010.)

Pohjois-Suomi on taloudellisena ja maantieteellisenä alueena erityisen haasteellinen ikääntyvien hyvinvoinnin ja palvelujen järjestämisen kehittämisalueena.



KUVIO 1. Oulunkaaren kuntayhtymä.
(Oulunkaari 2011, hakupäivä 16.4.2011).

Oulunkaaren kuntayhtymään kuuluu viisi Oulun ympäristökuntaa: Ii, Pudasjärvi, Simo, Utajärvi ja Vaala.

Oulunkaaren seutukuntaan (myöhemmin kuntayhtymä) (kuvio 1.) on perustettu yhteistoiminta-alue, jonka muodostavat Ii, Pudasjärven, Utajärven ja Vaalan kunnat. Jäsenistään uusien Simo on liittynyt 1.1.2011 alkaen. Yli-Ii kuului Oulunkaaren seutukuntaan, mutta on jättäytynyt yhteistoiminta-alueesta pois tehdessään kuntaliitospäätöksen Oulun kaupungin kanssa vuoden 2013 alusta.

Vaala puolestaan on osa Kainuun maakuntaa, mutta toimii osana Oulunkaaren kuntayhtymän yhteistoiminta-aluetta

Oulunkaaren alueella asuu Simon liittyttyä mukaan noin 28 000 ihmistä. Työntekijöitä alueella vuonna 2011 on noin 700, ja budjetti noin 100 miljoonaa. Pääosa henkilökunnasta työskentelee sosiaali- ja terveystalveissa, joka on kuntayhtymän palveluista suurin. Kuntayhtymän tehtävä on järjestää ja tuottaa jäsenkuntiensa sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Lisäksi yhtymän tehtäviin kuuluu seudullisen kuntapalvelutoimiston palvelujen sekä kuntien yhteisesti päättämien muiden palvelujen tuottaminen. Kuntayhtymä toimii myös alueiden kehittämisestä annetun lain ja muiden seutuyhteistyötä koskevien lakien tarkoittamana seutukunnan yhteistyöorganisaationa. (Oulunkaari, 2011, hakupäivä 16.4.2011.)

Ympäristöterveydenhuoltoa lukuun ottamatta yhteistoiminta-alueessa ovat mukana kaikki kansanterveyslain edellyttävät perusterveydenhuollon tasoiset terveydenhuollon palvelut. Ympäristöterveydenhuollossa seudullinen yhteistyö on käynnistynyt vuoden 2006 alussa. Sosiaalihuollon palveluista yhteistyöalueessa ovat mukana kaikki sosiaalihuoltolain mukaiset toiminnot, päivähoito jää kuntien järjestettäväksi. Siirtyminen yhteistoiminta-alueeseen on edennyt Pudasjärvellä ylimenovaiheen kautta, kaupungin uusi perusturvan johtamisjärjestelmä on ollut voimassa vuoden 2008 alusta. Sosiaali- ja terveystalveiden yhteistoiminta-alue on käynnistynyt vuoden 2010 alussa kuntayhtymän toimintana. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 5-6.)

Yhteistoiminta-alueelle on laadittu Palveluiden järjestämissuunnitelma 2007–2010 ja 2025. Suunnitelmassa on huomioitu puitelain mukainen sosiaali- ja terveyspiirin selvitystyö ja siinä mm. määritellään, mitkä lakisääteiset palvelut järjestetään lähitalveina, mitkä seudullisina palveluina, mitkä tuotetaan omana ja mitkä ostopalveluna. Suunnitelman laatimisen aikoihin vuosina 2006–2007 ja terveyskeskuksen koulutushankkeen aloitusvaiheessa syksyllä 2008 ei ollut vielä tietoa yhteiskunnallisesti nopeasti etenevästä talousalan lamasta. Pudasjärven perustalveiden järjestämissuunnitelmassa esitettiin, että terveyskeskuksen vuodeosaston rakennetta muutetaan ja perustetaan ns. kuntoutusosasto, joka tarjoaisi palveluja myös seudullisesti. Lisäksi suunnitelman mukaan vanhuspalveluiden tavoitteena on mm. turvata asiakkaiden yksilöllinen ja ihmisarvoinen vanhuus muuttamalla laitosvaltainen palvelurakenne kotona selviytymistä ja palveluasumista tukeväksi palveluksi. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 3.) Laman vaikutuksesta suunnitelmia muutettiin terveyskeskuksen koulutushankkeen aikana.

Oulunkaaren kuntien erikoissairaanhoidon palveluista vastaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri lukuun ottamatta Simoa, joka kuuluu Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin. Yhtenä sairaanhoitopiirien tehtävänä potilastyön lisäksi on kehittää hoitoketjuja yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Esimerkkinä alueellisista yhdenmukaisista hoitokäytännöistä on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettu aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) potilasohjausmalli, minkä kehittämiseen myös Pudasjärvi osallistui. Ohjausmallin kehittämisen taustahankkeessa tehtiin selvitystä ohjaukseen osallistuvien ammattilaisten ohjausvalmiuksista ja arvioitiin toiminnan muutoksia henkilöstön ja asiakkaiden näkökulmista. (Lipponen 2006, hakupäivä 26.3.2011; Lipponen ym. 2008a, 13–18). Ohjauksen laatu näytti selvityksen mukaan vaihtelevan jonkin verran eri terveyskeskusten välillä. Laatu saattoi riippua ohjaajasta ja ohjauspaikasta, eivätkä potilaat olleet siten aina tasavertaisessa asemassa. (Lipponen, Kanste, Kyngäs, Ukkola 2008b, 131–133.) Yleisemmin sairaanhoitopiirejä vertailtaessa on niiden välillä havaittu huomattavia eroja. Usein erot eivät ole selitettävissä yksittäisillä seikoilla, vaan ne ovat monien tekijöiden summa. Vaihtelu eri sairaanhoitopiirien välillä ilmenee esimerkiksi lääkkeiden käytössä perusterveydenhuollossa, toimenpiteiden saatavuudessa, sairaalan hoitoajoissa, jatkohoidossa ja kuntoutuksen järjestämisessä. (Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 47.)

Nyfors (2009, hakupäivä 28.4.2010; 2010, hakupäivä 10.10.2010) nostaa yhdeksi kuntoutuksen kehittämisen haasteeksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntoutustoiminnan ja kuntoutusresurssit, jotka tulisi nähdä kokonaisuutena. Alueellisen kehittämisen tulisi olla systemaattista ja kuntoutus tulisi saada näkyvämmiin mukaan alueellisiin hoito-ohjelmiin. Tarvetta alueelliselle keskittämiseksi olisi esimerkiksi kuntoutustutkimuksella, intensiivisen kuntoutuksen yksiköillä, dementiaa sairastavien kuntoutuksella ja apuvälinekeskuksilla. Perusterveydenhuollon järjestämään kuntoutusta tulisi vahvistaa, jotta se pystyisi tehokkaammin vastaamaan esimerkiksi varhaisesta kuntoutuksesta, erikoissairaanhoidon jälkeisestä jatkokuntoutuksesta, kotona asumisen tukemisesta ja sosiaalitoimen kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Lisäksi tulisi entistä paremmin hyödyntää eri toimijoiden (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) resurssit. Pudasjärvellä järjestetty kuntoutushanke vastasi osaltaan näihin kehittämistarpeisiin ja – tavoitteisiin. Koulutus sisälsi tietoa esimerkiksi hoidon porrastuksesta lääkinnällisessä kuntoutuksessa, kuntoutustarpeen arvioinnista ja kokonaisvaltaisesta suunnittelusta. Lisäksi koulutushankkeeseen osallistui työntekijöitä sekä terveydenhuollosta että sosiaalitoimesta. Koulutuksen sisältö on kuvattu tarkemmin kappalessa 4.1.3 sivulla 35 olevassa taulukossa.

Kustannusvaikuttavuuden tehostamiseksi hoitoketjua tulisi tarkastella kokonaisuutena ja vertailla hyviä käytänteitä eri piireissä (Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 47). Mäntyrannan, Kailan, Varosen, Mäkelän, Roineen & Lappalaisen (2003, 15) mukaan on olemassa useita tekijöitä, jotka voivat estää hoitosuositusten käyttöönoton. Käyttöönotto voi edellyttää uusia tietoja tai taitoja (esimerkiksi klinisiä, vuorovaikutukseen, terveysneuvontaan liittyviä), minkä vuoksi toiminta ei voi muuttua ennen kuin ammattilaisilla on riittävä taito sen toteutukseen. Lisäksi hoitosuositusten käyttöönoton esteenä voivat olla esimerkiksi asenteet, ajan, henkilökunnan tai välineiden vähyys.

2.1.3 Paikallistason kehittämistyö

Kansalaisbarometrin tuottaman kansalaismielipiteen perusteella laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi turvata tulevaisuudessakin. Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttää barometrin mukaan erityisesti panostamista kuntien henkilöstön osaamiseen, sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien parempaan ennaltaehkäisyyn ja kunnan toiminnan tehostamiseen sekä valtion rahoituksen lisäämistä kuntien palveluihin. Syrjäseutujen palveluja ei haluta vähentää, eikä niitä haluta siirtää oman kunnan ulkopuolelle. (Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Särkelä & Londen 2009, 27.)

Pohjois-Suomeen sijoittuvat sekä Suomen väestörakenteeltaan ikääntyneimmät että pinta-alaltaan suurimmat kunnat. Pudasjärven kaupunki sijaitsee Oulun läänissä, Pohjois-Pohjanmaan maakunnan koillisosassa Iijoen keskijuoksulla. Pudasjärvi on Suomen toiseksi laajin kaupunki, kaupungin asukasmäärä oli 9 142 koulutushankkeen alkaessa vuonna 2008 ja pinta-ala 5 867,09 km². Yli 75-vuotiaita asukkaita Pudasjärvellä oli vuonna 2008 yhteensä 860 henkilöä. Väestöennusteen mukaan vuonna 2025 yli 75-vuotiaita on noin 1500 henkilöä. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 3-4.)



Pudasjärven kaupungin alue jakaantuu 15 osa-alueeseen, kylään, jotka jakaantuvat edelleen pienempiin yksiköihin. Kuviossa 2 esitettyjä kyliä voisi nykyisin kutsua jopa kaupunginosiksi. Noin puolet kaupungin väestöstä asuu näillä haja-asutusalueilla.

KUVIO 2. Pudasjärven kaupunki sivukyläineen (Pudasjärvi 2008).

Väestön ikääntyminen on yksi Pudasjärven haasteista tulevaisuudessa. Oulunkaaren seutukunnan (kuntayhtymän) alueella, johon Pudasjärvikin kuuluu, on nopeasti ikääntyvä väestö ja asiakkaat sijoittuvat maantieteellisesti laajalle alueelle. Pitkät välimatkat sivukyliltä kuntakeskustaan rasittavat osaltaan palvelujen saatavuutta ja asettavat vanhuspalveluiden ja terveyspalveluiden järjestämiselle haasteita seutukunnassa. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 3-4.)

Pudasjärven perusturvan palveluidenjärjestämissuunnitelmassa linjataan lähipalvelut terveystoimen osalta. Terveyskeskuksen sairaala on yksi lähipalveluista. Terveyskeskuksen vuodeosaston toimintaa tullaan muuttamaan siten, että intensiivistä kuntoutusta tullaan antamaan sekä terveyskeskuksen vuodeosaston kuntoutuspaikoilla että avohoidossa. Palveluprosessien uudistamisessa yhtenä tarkoituksena on ollut muodostaa terveyskeskukseen akuuttivaiheen hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta antava osasto. Palveluidenjärjestämissuunnitelman mukaan kuntoutusosastolle perustetaan 15 asiakaspaikkaa. Pudasjärven kaupungilla on tulevaisuudessa mahdollisuus myydä kuntoutusosastohoitoa myös muille kunnille. Sairaalan osaston palveluprosessien uudistamisen tavoitella on, että keskimääräinen hoitoaika tulisi olemaan 12 vuorokautta. Toiminnan kehittämisen tavoitteena on lisäksi se, että potilaan osastolla oloaika voisi olla enintään 30 vuorokautta, sairaalassa ei olisi yhtään pitkäaikaishoidon potilasta ja erikoissairaanhoidon siirrot toteutuisivat välittömästi. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 3-4.)

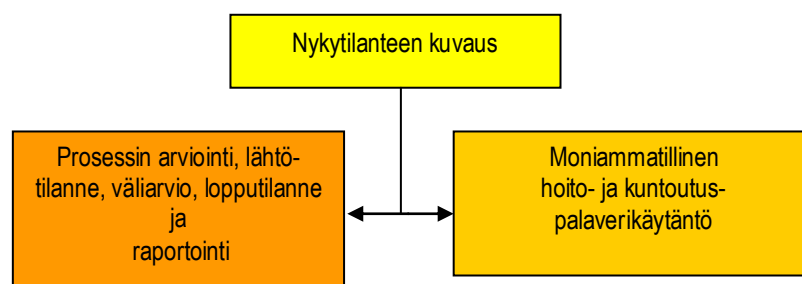
Työskentely kuntoutusosastolla ja osaston kiinteä yhteistyö kotipalvelun kanssa edellyttää koko henkilöstöltä uudenlaista kuntoutusosaamista, johon he tarvitsevat lisäkoulutusta. Palveluiden järjestämissuunnitelmassa ei oteta kantaa palvelualojen väliseen yhteistyöhön tai sen kehittämiseen. Terveyspalvelujen ja vanhuspalvelujen välisessä yhteistyössä haetaan kustannustehokkuutta sairaalasta kotiutumisen tehostamisella ja joustavalla hoidon porrastuksella. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 3-4.)

2.2 Tutkimuksen rakenne

Pudasjärvellä toteutettu koulutushanke oli osa Pudasjärven ja Oulunkaaren seutukunnan (myöhemmin kuntayhtymän) palvelurakenteen ja organisaation kehittämistyön tueksi järjestettyä toimintaa. Koulutuksen viitekehyksenä käytettiin osallistavaa toimintatutkimusta väljänä strategisena lähestymistapana.

Oma roolini tutkijana on ulkopuolinen. Tässä tutkimuksessa interventiona oli terveyskeskuksen henkilökunnan kuntoutusosaamista tukeva koulutushanke. Sovelletun prosessiarviointimenetelmän käyttöä perustelen sillä, että toimin hankkeessa ulkopuolisena tutkijana, minkä vuoksi en ollut toimintatutkimukselle tyypillisesti ”sisällä” tutkittavaa/ kehitettävää ilmiötä. Tärkeintä on kuitenkin sellaisen tiedon tuottaminen, joka vastaa parhaiten arviointikysymykseen. Arvioijan tulee olla myös uskottava. (Robson 2001, 29.)

Pudasjärven koulutushankkeeseen kiinnittyi kaksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Kuviossa 3. on esitetty kehittämistehtävän jakautuminen kahteen osioon.



KUVIO 3. Tutkijoiden työnjako.

Tutkijat selvittivät yhdessä kehittämisen kohteen nykytilan ja eriyttivät sen jälkeen omat osionsa. Toinen tutkijoista osallistui kotihoidon työntekijänä koulutushankkeeseen ja oli siten mukana sisäl-

täpäin kehittämistoiminnassa. Hän vastasi moniammatillisen hoito- ja kuntoutuspalaverikäytännön kehittämisestä. Oma tutkijan roolini oli työyhteisen ulkopuolinen. Osallistuin molempien koulutus-hankkeeseen osallistuneiden ryhmien tapaamisiin koulutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa. Tutkimusluvan myönsi Pudasjärven kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon johto 10.12.2008.

2.3 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimusprosessin eteneminen ja kulku vaikuttaa merkittävästi tutkimuskysymysten muotoutumi-seen. Tarkemmat tutkimuskysymykset ovat kehittyneet ja muotoutuneet tutkimusprosessin aika-na. Alkuperäinen tarkoitus kuvata hyvien kuntoutuskäytäntöjen kehittymistä on pysynyt samana. Hyvien käytäntöjen keskeisiä kuvaajia ja kehittämiskohteita ovat moniammatillinen yhteistyö, kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja asiakkaan/ omaisen osallisuus. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen kehittymistä arvioidaan koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden tiedoissa, taidoissa ja asen-teissa tapahtuneena kehityksenä. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät edis-tivät kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutusintervention aikana.

1. Miten koulutukseen osallistujien kuntoutusosaaminen kehittyi koulutushankkeen aikana?
 - 1.1 Minkälainen kehitys ilmeni työntekijöiden kuntoutukseen liittyvässä tiedossa koulutus-hankkeen aikana?
 - 1.2 Minkälainen kehitys ilmeni työntekijöiden kuntoutukseen liittyvissä taidoissa koulutus-hankkeen aikana?
 - 1.3 Minkälainen kehitys ilmeni työntekijöiden asenteissa koulutushankkeen aikana?
2. Mitkä tekijät edistivät koulutukseen osallistujien kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutuksen aikana?
 - 2.1 Mitkä tekijät edistivät kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutukseen osallistujien ku-vaamana?
 - 2.2. Mitkä tekijät edistivät koulutukseen osallistujien kuntoutusosaamisen kehittymistä kou-luttajan kuvaamana?

3 NÄKÖKULMIA ARVIOINTIIN

Arviointia tehdään eri tarkoituksia varten, minkä vuoksi siinä tarvitaan erilaisia lähestymistapoja (Rajavaara 1999, 37–50). Tässä työssä on yhdistetty erilaisia arvioinnin elementtejä, sillä arvioinnin näkökulmana on toisaalta oppimisen/ osaamisen näkökulma ja toisaalta mukana on myös vahvasti prosessinäkökulma. Kehittämistyölle ominaista prosessimaista etenemistä tarkasteltaessa arviointi tarjoaa mahdollisuuden paikantaa oppimis- ja muutoksulkuja. Oppimiseen liittyvän näkökulman mukaisesti arviointi tarkastelee ihmisten väliseen vuorovaikutukseen perustuva toimintaa. (Seppänen-Järvelä 1999, 92.)

3.1 Arviointi käsitteenä ja ilmiönä

Arviointi toimii muutoksen välineenä ja sen tehtävänä on tukea toimintaa (Lindqvist 1999, 108–113; Suikkanen & Lindh 2002, 15). Arviointi ohjaa sekä sisäisesti että ulkoisesti kehittämistoimintaa, minkä vuoksi kokonaisvaltaisen arvioinnin suorittamisessa edellytetään sekä ulkoista että sisäistä arviointia. Prosessiarvioinnissa seurantatiedon, palautteen ja reflektion pohjalta tehdään johtopäätöksiä, joilla kehittämistoimintaa ohjataan kohti tavoitteena olevaa visiota. Yhtenä onnistumisen edellytyksenä on, että kaikki arvioitavaan toimintaan osallistuvat omaksuvat evaluatiivisen työotteen ja arviointikulttuurin. Ei sovi kuitenkaan unohtaa ensiarvoisen tärkeää johtamisen tehtävää, jossa hyödynnetään prosessiarvioinnista saatua palautetietoa. (Suikkanen & Lindh 2002, 19; Seppänen-Järvelä 2004, 24.) Reflektiossa on kysymys toiminnasta, jossa yksilö peilaa omaa ajattelua ulkopäin tuleviin virikkeisiin. Reflektion on havaittu olevan luontaista ja ”normaalia” ihmiselle, se on tyypillisesti spontaania ja tiedostamatonta. Reflektio on keskeinen elementti prosessiarvioinnissa. Kun arvioidaan kehittämistoimenpiteiden toteuttamista, peilataan saatuja kokemuksia, tunteita ja havaintoja sekä kerättyä palautetietoja. (Seppänen-Järvelä 2004, 44.)

Käsitteenä evaluaatiota, arviointia ja arviointitutkimusta voidaan määritellä usealla eri tavalla. Kuitenkin sekä määritelmässä että käytännössä arvioinnin ja arviointitutkimuksen raja on liukuva. (Anttila 2007, 21; Lindqvist 1999, 37–50.) Tässä työssä käsitteitä on käytetty rinnakkaisina määritelmänä. Robsonin (2001, 18–24) ja Anttilan (2007, 18) mukaan arviointi on jonkin asian arvon tai ansion määrittelyä.

Arvioinnin luokitteluja on useita, joista Lindqvistin mukaan Pattonin karkea jako tilivelvollisuus-, tiedon tuottamis- ja kehittämisevaluaatioon on varsin toimiva. Tilivelvollisuudessa puntaroidaan projektin hyvyttä saavutettujen tulosten perusteella, lisäksi se voi olla tehokkuuden, taloudellisuuden tai vaikuttavuuden mittausta: onko resurssit käytetty oikeisiin asioihin. Tiedontuotantoarviointi tuottaa uusia kehyksiä, näkökulmia, ratkaisuja ja kritiikkiä huomiota vaativiin sosiaalisiin kysymyksiin sekä palvelujen ja toimenpideohjelmien toteutukseen. Kehittämisevaluaatiolla pyritään nimensä mukaisesti toiminnan edistämiseen ja se tarjoaa tukea organisaatioiden työ- ja palveluprosessien kehittämiseksi. (Lindqvist 1999, 37–50; Seppänen-Järvelä 2004, 19.)

Rajavaaran (2002, 58) mukaan arvioinnissa voidaan keskittyä sekä tuloksiin että myös prosesseihin. Realistisessa arvioinnissa esimerkiksi projektin onnistuneisuutta ei määritellä sen mukaan, miten saadut tulokset vastaavat ennalta määriteltäviä tavoitteita tai tulokriteerejä. Menestynyttä projektia kuvaavat oikeaan osuneet ja tarkoituksenmukaiset toimintamallit, jotka on suunniteltu ja toteutettu oivaltaen toimintaympäristön mahdollisuuden ja rajoitukset.

Käytännössä kehittämisevaluaation ja prosessiarvioinnin sisällöt vastaavat toisiansa. Arviointi toimii ennen kaikkea palautteena ja hankkeen ohjaamisen välineenä. Kehittämistyölle on tyypillistä prosessimainen etenemistapa sekä monenlaiset ratkaisuvaihtoehdot ja etenemisväylät. Systemaattisella prosessievaluaatiolla on mahdollisuus tarkastella muutosprosesseja ja tuoda esille niiden keskeisimmät piirteet. Sen avulla voidaan kuvata prosessin luonnetta: milloin ja millaisia taitekohtia on ollut, kuinka ongelmatilanteita on ratkaistu ja millaisia innovaatioita on tehty. Arvioinnin kannalta on olennaista havainnoida koko kehittämisprosessin polkua eikä katsoa yksinomaan tavoitteiden saavuttamista summatiivisesti. Kehittämistyössä olennaista on se, mitä tapahtuu prosessin aikana, ihmisten välisenä toimintana. Opitaan yhdessä ratkaisemaan ongelmia eikä vain, että saadaan joitakin ongelmia ratkaistuksi. (Seppänen-Järvelä, 2004, 19–20.)

Prosessievaluaation ongelma ja haaste saattaa olla epätarkoituksenmukainen raportointi. Arvioinnin ei tarvitsisi jäädä vain projektin sisäiseksi pohdinnoiksi ja keskusteluiksi, vaan se tulisi raportoida ja analysoida kattavasti. Usein arvioidaan yksipuolisesti vain onnistumiset. Raportoinnissa tulisi kuitenkin tuoda esille myös ne kohdat ja toiminnot, jotka eivät menneet onnellisesti suunnitelmien mukaisesti. Tasapuolinen raportointi edistää kehittämistyön kokemusten ja tulosten leviämistä ja kasautumista. (Seppänen-Järvelä 1999, 93; Seppänen-Järvelä 2004, 50.)

3.2 Arviointitutkimus

Arviointitutkimus ei ole oma tieteenalansa, eikä se perustu mihinkään yksittäiseen teoreettiseen, käsitteelliseen tai metodiseen lähtökohtaan (Suikkanen & Lindh, 2002, 15–16). Arvioinnin ja arviointitutkimuksen suhde voidaan kuitenkin nähdä ongelmallisempana kuin arvioinnin ja tutkimuksen suhde. Usein arviointi ja arviointitutkimus rinnastetaan toisiinsa. Arviointitutkimus voi siten suhtautua avoimen kriittisesti arvioitavaan kohteeseen. Arviointitutkimuksen validiteettia tarkastellaan samoilla kriteereillä kuin minkä tahansa tutkimuksen validiteettia. (Jakku-Sihvonen 1996, 2001; Heinonen 2001, 26–27.)

Arviointi eli evaluaatio ja tutkimus erottuvat usein vain yleisellä tasolla, eikä mistään ehdottomista kategorioista voida tässä mielessä puhua. Arvioinnissa, jossa teoretisointi ja tiedontuotanto yhtyvät, on kyse todellisesta arviointitutkimuksesta. Tällöin se eroaa kansanmiehen tavallisesta - siinänsä usein täysin käyttökelpoisesta - arkipäivän arvioinnista. Arviointi on nähty myös enemmän yläkäsitteenä ja tutkimus arvioinnin erityisenä menetelmänä. Arviointitutkimuksen intressinä on tieteellisellä metodilla tuotetun tutkimuksellisen tiedon kokoaminen ja siihen perustuvien arvottavien johtopäätösten tekeminen arvioinnin kohteesta. (Jakku-Sihvonen 1996, 2001; Heinonen 2001, 26–27; Virtuaali ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 7.5.2011.)

Arvioinnin ja tutkimuksen yhteys on siinä että laadukkaalta ja tieteellisesti pätevältä arvioinnilta vaaditaan tarkoin harkittua tutkimusasetelmaa, havaintoaineiston keräämistä, analyysia ja tulkin-taa. Arvioinnissa sovelletaan tavallisesti useampia tutkimusmenetelmiä, kuten havainnointia, puolistrukturoituja tai avoimia haastatteluja sekä erilaisten asiakirja-aineistojen analyysiä, jotka kaikki yhdistyvät lopullisessa arvioinnissa. Havaintojen ja niistä tehtävien arviointien luotettavuutta varmistetaan noudattamalla tieteellisen tutkimuksen reunaehdot. Arviointitutkimus keskittyy toiminnan vaikutusten selvittämiseen ja sen pohjalta tapahtuvaan toimintastrategioiden parantamiseen. (Robson 2001, 18–24; Anttila 2007, 18.)

3.3 Kuntoutus arvioinnin kohteena

Arviointi on tutkimuksellisessa mielessä hajautunut ja siinä on vallalla hyvin erilaisia tutkimuksellisia suuntauksia. Arvioinnin tarkoituksena on tuottaa tietoa tutkittavasta kohteesta niin, että tietoa voidaan käyttää ohjaamaan jotakin sosiaalista toimintaa pääsemään entistä paremmin ja tehokkaammin sille asetettuihin tavoitteisiin. (Suikkanen & Lindh, 2002, 15–16.)

Tutkimustyö on tapa ymmärtää ympäröivää maailmaa. Ihmisten jokapäiväinen työ- ja arkiaskareiden kokeminen kiinnittyy tutkimuksen kautta osaksi ihmisten maailmasuhdetta. Tutkimustyö ja erityisesti tapamme ymmärtää tutkimustulokset liittyy omaan elämäämme, se ei ole irrallista eikä erillään olevaa. Tutkimuksessa esille tulevien piirteiden on järkevällä tavalla asetuttava ihmisen merkitykselliseksi kokemaan elämään. Lisäksi tutkimuksen luonteeseen kuuluu se, että tutkimus on suunnattu tulevaa kohti. Tutkimuksen tekemiseen liittyy ns. projektiivisuus, minkä mukaan tutkimustyössä valittuja ratkaisuja tarkastellaan ja arvioidaan aina uudelleen, eikä tutkimus voi tuottaa lopullista totuutta mistään asiasta. (Varto 2005, 18–22.)

Kuntoutuksen moninaisuudesta johtuen myös sen tutkimuksessa tulisi huomioida niin yhteiskunnalliset kuin paikallisen toimintaympäristön ehdot ja muutostekijät. Näillä tekijöillä on vaikutusta kuntoutuksen toimenpiteiden rakenteeseen, toimintaan ja vaikuttavuuden tulkintaan. Kuntoutuksen moninaisuuden, erityisyyden ja muihin yhteiskuntapolitiikan muotoihin sekoittumisen takia sen merkittävyyden osoittaminen on erityisen problemaattista. Arvioinnin kannalta olisi keskeistä määritellä minkälaista toimintaa ja politiikkaa kuntoutus on, kenen näkökulmasta ja minkä tieteidен pohjalta se tehdään. (Suikkanen & Lindh 2002, 12.) Pudasjärvellä toteutettu koulutushanke toteutettiin eri sektoreilla toimivien työntekijöiden yhteisenä interventiona muutostilanteessa, jossa kuntaan oli perusteilla uusi kuntoutusosasto. Kaiken taustalla oli lisäksi Paras-hankkeeseen kuuluva yhteistoiminta-alueen kehittämistyö, johon Pudasjärvi osana Oulunkaaren seutukuntaa osallistui. Tässä tutkimuksessa arviointi keskittyi alla olevassa taulukossa 2. tummennetulla alueella esitettyihin näkökulmiin kuntoutuksen tasoista ja kohteista.

TAULUKKO 1. Kuntoutuksen arvioinnin tasot ja kohteet. (mukaillen Suikkanen ja Lindh 2002, 20.)

	Arvioinnin taso	Arvioinnin kohde	Kuvailu, luokittelu Pudasjärvellä	Selittäminen, ymmärtäminen
H I S T O R I A	KONTEKSTI Hyvinvointivaltion uude- leenrakenteistuminen	POLITIikka Lainsäädäntö, toimeen- pano ja asenteiden muu- tos	Sosiaali- ja terveyden- huollon lainsäädäntö, perusterveydenhuollon yhteistyösuunnitelma, käsitteiden ja ”työkalujen” yhtenäistäminen, laa- tusosuudet ja – kriteerit, tutkimus Kuntoutuksen paradigma	Kuntoutuksen kiin- nittyminen valta- kunnallisiin ja alu- eellisiin lähtökohtiin
	PUITTEET Paikalliset työmarkkinat ja palvelujärjestelmät	YHTEISTYÖ Verkostoitumisen ja yh- teistyön muutos	Oulunkaaren yhteistoi- minta-alue; Pudasjärven terveyskeskus: vuode- osasto, kuntoutusyksikkö ja kotihoito	Uuden toiminta- alueen tuomat haasteet, vanhalla ei pärjätä
	TILANNESIDONNAI- NEN TOIMINTA Kuntoutuksen toiminta- mallit, työotteet ja vuo- rovaikutus	INNOVAATIOT Uudistukset toimintamalli- en kehittämistavoissa ja itse toimintatavoissa	Moniammatillinen yhteis- työ, kuntoutussuunnitel- ma, kuntoutumista tukeva työote Asiakkaan osallistuminen	Vaikuttavuus Asiakkaan osalli- suus
	YKSIÖ Arkielämä	SELVIITYMINEN Objektiivinen ja subjektiiv- inen vaikuttavuus	Työntekijä osana moni- ammattilista tiimiä, kun- toutsosaamisen tieto- taito – perusta Kuntoutajat, omaiset Hallinto	Vastuullisuus Omatoimisuus Kokonaisvaltaisuus Arjen hallinta

Arvioinnin ulottuvuuksia jäseneltäessä tulee kuntoutus nähdä yksilön ja ympäristön suhteen muutoksena (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, 24). Arvioitavat systeemit muodostuvat yksilöiden ja instituutioiden, toimijoiden ja rakenteiden vuorovaikutuksessa tietyssä yhteiskunnallisessa tilanteessa. Meneillään olevat yhteiskunnalliset ja yhteiskuntapoliittiset muutostrendit sekä ehdollistavat että mahdollistavat kuntoutustoimintaa. (Suikkanen & Lindh 2002, 20–21.) Koulutushankkeessa keskityttiin koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden kuntoutusosaamisen kehittämiseen. Välillisesti kehittämistyön onnistumisesta hyötyvät varsinaiset kuntoutuksen subjektit, asiakkaat (kuntalaiset).

Kuntoutusorganisaatioiden ja – projektien toimintaan vaikuttavat olennaisesti myös paikalliset työmarkkinat ja paikallinen palvelujärjestelmä. Toiminta eri alueilla on muodostunut historiallisesti erilaiseksi ja vaihtelee alueittain. (Suikkanen & Lindh 2002, 21.) Pudasjärven sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen muuttuminen osaksi yhteistointa-alueita – kuntoutus osana sitä, toi ison muutoksen toimintaympäristöön. Pudasjärvellä uudentyyppinen kuntoutuksen yhteistyömallin rakentaminen oli verkostoitumishaaste Oulunkaaren alueella ja AVH-kuntoutuspalveluiden tuottamisessa. (Oulunkaaren seutukunta 2007,6.) Kehittämistyön lähtökohtana oli olemassa olevan käytännön tunnistaminen.

Tilannesidonnainen toiminta -tasoa arvioitaessa arviointi kohdentuu esimerkiksi kuntoutuksen toimintamallien ja työkäytäntöjen kehittämistavoissa ja itse toimintamalleissa tapahtuneisiin muutoksiin (Suikkanen & Lindh 2002, 22). Vaikuttavuutta arvioitaessa on todettu, että tuloksellisen kuntoutuksen yleisinä piirteinä ovat työntekijöiden moniammatillinen työote ja asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen integroituminen kuntoutujan toiminta- ja elinympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan sekä kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen aloittaminen. (Rissanen & Aalto, 2002, 21–23; Nyfors 2010, hakupäivä 10.10.2010.) Pudasjärvellä vallalla ollut kehittämismalli uudistettiin koulutushankkeessa osallistavaksi ja sektorirajat ylittäväksi.

Kuntoutuskäytännön kehittämisen lähtökohtana on aina valtakunnallinen kehittämistyö, mitä ohjaa lainsäädäntö ja erilaiset asiakirjat. Kuntoutuksen kehittämisen alueellisen kehittämistyön tulee olla selvästi valtakunnan tason linjauksen suuntainen, mikä ilmenee mm. erilaisissa kehittämissankkeissa. Kuntoutuksen palvelujärjestelmän ja kuntoutuksen toimintamallien ja -käytäntöjen kehittäminen paikallistasolla Pudasjärvellä noudattaa tunnistettavasti em. linjauksia.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Hyvä kuntoutuskäytäntö – arviointikontekstina koulutushanke

Tässä luvussa kuvaan hyvään kuntoutuskäytäntöön sisältyviä asioita ja käytän esimerkkinä aivo-
halvauspotilaan kuntoutusprosessia. Pudasjärvi on ollut mukana kehittämässä aivoverenkierto-
häiriöpotilaiden alueellista ohjeistusta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Hyvä kun-
toutuskäytäntö yksinkertaistettuna tarkoittaa sitä, että kuntoutukseen osallistuvat oikeat henkilöt,
jotka tekevät oikeita asioita, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja kohtuuhintaisesti. Tällöin kun-
toutuksessa tarvittavat työvaiheet ja – prosessit liittyvät toisiinsa saumattomasti ja suunnitellusti
koko kuntoutuksen ajan ja kuntoutuksen jatkuvuudesta on huolehdittu. Työtä tehdään monialai-
sesti, jolloin kuntoutuja on suunnitelmallisesti osa tiimiä. Hyvän kuntoutuskäytännön perusedelly-
tyksenä on luottamus ja yhteistyö. (Harra, Kantanen, Karhula, Kanelisto, Häggblom-Kronlöf &
Suomela, Markkanen 2002, 22; Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 29–30;
Järvikoski & Härkäpää 2004, 19; Nancarrow 2006, 21; Alaranta, Lindberg & Holma 2008, 648.)
Keskeisiä asioita kuntoutujan kuntoutusprosessissa on se, että suunnitelmat ja sopimukset laadi-
taan yhdessä ja niiden toteutumista seurataan (Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen
Akademia 2008, 20; Paltamaa ym. 2011, 23).

Hyvän kuntoutuskäytännön mukaisella toiminnalla parannetaan ihmisen elämänhallintaa ja siltä
edellytetään suunnitelmallisuutta, monialaisuutta ja tuloksellisuutta. Kuntoutujaa tuetaan niin, että
hän kykenee tutkimaan ja arvioimaan muutosmahdollisuuksia, jotka liittyvät hänen omaan tilan-
teeseen ja toimintaympäristöön. Kuntoutuksen perinteisen, vajavuuskeskeisen toimintamallin
rinnalle on vähitellen tulossa uusi, valtaistava tai ekologinen toimintamalli, jossa korostetaan kun-
toutujan osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia ja jossa kuntoutus ymmärretään yksilön ja ym-
päristön suhteen muutokseksi. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, 24; Leach,
Cornwell, Fleming & Haines 2009, 171.) Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa on todettu, että
tuloksellisen kuntoutuksen yleisinä piirteinä ovat työntekijöiden moniammatillinen työote ja asiak-
kaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen sitoutuminen kuntoutujan ym-
päristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan sekä kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen
aloittaminen (Rissanen & Aalto 2002, 21–23; Nyfors 2010, hakupäivä 10.10.2010; Wood, Hamil-
ton & Maly 2010, 1053–1055). Myös Vähäkankaan (2010, 92) tutkimuksessa todetaan, että kun-
toutumista edistävässä hoitotyössä moniammatillisuudella on keskeinen merkitys.

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa (2009) viitataan tutkimukseen, joka on tehty julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamista kuntoutuspalveluista (1998). Siinä tutkijat Winell ja Ståhl korostavat kuntouttavan työotteen (kuntoutusta tukevan työotteen) laajempaa merkitystä. Työotteella ei ymmärretä vain esimerkiksi hoitajien toimintaa osastolla, vaan se tulisi saada kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin tärkeäksi oman työn kehikseksi. Työote tulisi opettaa tuleville ammattilaisille jo peruskoulutusvaiheessa, jolloin esimerkiksi lääkärit, hoitajat, sosiaalityöntekijät sekä muut alan ammattilaiset huomioisivat potilaan/asiakkaan toimintakyvyn taustatietoja selvittäessään. Lisäksi he voisivat ottaa kantaa kuntoutukseen laatiessaan hoito- palvelu-, ym. suunnitelmia. (Valtiovarainministeriö 2009, 64.)

Verkostoituminen on tärkeä keino hyvän kuntoutuskäytännön mukaiseen toimintakulttuuriin siirtymisessä. Yhteistyö- ja verkostomenetelmät tulevat yhä keskeisemmiksi ja tärkeämmiksi kuntoutuksen työvälineinä. Verkostoituminen edellyttää siinä mukana olevien toimijoiden (yksilön, yhteiskunnan, palveluorganisaatioiden, työyhteisöjen, jne.) välistä luottamusta ja avointa tiedon vaihtoa ja sitä kautta sosiaalista pääomaa. (Suikkanen & Lindh 2008, 71–72.) Myös kuntoutuksessa pätee sanonta: kokonaisuus on enemmän kuin sen osiensa summa (Järvikoski & Karjalainen 2008, 86). Kun eri ammattien tai organisaatioiden edustajat paneutuvat yhdessä kuntoutujan elämäntilanteeseen, on odotettavissa kuntoutujan ongelmiin ja elämäntilanteen ratkomiseen parhaiten soveltuvia ratkaisuja. Jotta yhteistyö toimisi hyvin, edellytetään että jokaisella osallistujalla on tehtävien hoitamiseen tarvittava oman alan ammattitaito, sen ylläpitäminen ja täydentäminen sekä halua ja taitoa yhteistyön tekemiseen. Monialaisessa yhteistyössä täytyy kuitenkin ymmärtää oman näkökulman rajallisuus ja osata arvostaa toisen esittämää tietoa ja näkemystä. Käytännössä kuntoutusta toteutetaan kuitenkin edelleen liian asiantuntijälähtöisesti. Yhteistyön ideaa on siis tarpeen syventää entisestään. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 88.)

On voitu osoittaa (mm. Sivenius 2007, 161–164; Korpelainen ym. 2008, 257–263) että kuntoutuksen tuottamat toimintakykyä parantavat ja laitoshoidoa ehkäisevät vaikutukset ovat verrattain pysyviä. Tutkituista kuntoutusmuodoista on saatu vahvinta näyttöä aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa, jota on toteutettu asiantuntevan moniammatillisen työryhmän avulla. Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuminen tapahtuu useimmiten äkillisesti ja oireet kehittyvät maksimiinsa minuuttien tai tuntien kuluessa. Ensihoidosta vastaavan sairaalan osasto aloittaa kuntoutuksen. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän porrasteisuudesta johtuu, että aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutusta jatketaan keskus- tai aluesairaalan neurologian osastolla. AVH-potilaan kuntoutus jatkuu tämän jälkeen joko terveystieteiden osastolla jatkohoitopaikassa tai kotona.

AVH- potilaan kuntoutuksen tulisi olla arvioon perustuvaa, riittävän intensiivistä ja moniammatillisesti toteutettua ja hoito- ja kuntoutustyöryhmä rakentuisi paikallisten voimavarojen mukaan.

Käypä hoito -suosituksen mukainen aivohalvauspotilaan aktiivinen kuntoutus tulisi aloittaa heti, kun potilaan tila on riittävän vakaa, ja sitä tulisi jatkaa niin kauan, kuin oleellista toipumista tapahtuu. Tehokkaalla kuntoutuksella on pystytty lyhentämään hoitoaikoja, vähentämään vammaisuutta ja parantamaan elämänlaatua (Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008, 20). Tutkimuksissa on havaittu, että alkuvaiheessa tulisi tehdä moniammatillinen arvio kuntoutuksen hyödyllisyydestä sekä laatia kuntoutussuunnitelma. Alkuvaiheen jälkeisen kuntoutuksen tulisi toteutua kuntoutusyksikössä, jossa työskentelee moniammatillinen tiimi (lääkäri, sairaanhoitajat, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä). (Mäntynen 2007, 84; Käypä hoito 2010, hakupäivä 2.9.2010; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 67; Sivenius 2007, 161–164; Korpelainen ym. 2008, 258)

Kuntoutusselonteossa todetaan erityisesti aivohalvauksen saaneiden vanhusten hyötyvän hoidosta ja kuntoutuksesta. Vaikuttavina tekijöinä tuloksellisuuteen pääsemisessä ovat työntekijöiden tietotaito ja kiinnostus, moniammatillinen yhteistyö sekä omaisten kytkeminen kuntoutusprosessiin. (Valtioneuvosto 2002, 18.) Yhteistyössä tapahtuva kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen nähdään keskeisenä kuntoutumisen edellytyksiä luovana tekijänä. Kuntoutujan itsensä sekä hänen läheisensä tavoitteiden selvittäminen tulisi tapahtua jo sairaanhoitajan tekemässä tulo- haastattelussa. Yhteisiä tavoitteita hiotaan moniammatillisessa tiimissä, jossa kaikkien kuntoutukseen osallistuvien ammattiryhmien näkemykset tulisi saada esille. Tutkimuksen mukaan kuntoutujan ja hänen läheisensä läsnäolo ei kuitenkaan aina toteutunut tiimissä yhteisiä kuntoutumisen tavoitteita asetettaessa. Onnistuneen kuntoutusjakson edellytyksenä on myös jatkohoidon varmistaminen. (Mäntynen 2007, 84, 89, 125.)

Kuntoutuksen toteutuksessa ilmenee sekä paikallisia että alueellisia eroja. Valtiontalouden tarkastusviraston (2009, 8) suorittamassa lääkinnällistä kuntoutusta koskeneessa tarkastuksessa havaittiin, ettei yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä aina toimi kuntoutuksessa niin hyvin kuin olisi tarpeen. Yhteistyön toimimattomuus saattoi ilmetä muun muassa hoitoketjun katkeamisina. Mäntynen (2007, 21) tutkimuksen mukaan aivohalvauspotilaiden mahdollisuudet saada vaikuttavaa moniammatillista kuntoutusta sairastumisensa jälkeen vaihtelevat maassamme alueellisesti ja paikallisesti. Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen toimintatavat erosi-

vat kuntoutuskeskuksessa ja terveyskeskuksissa henkilöstöressurssien ja yksiköiden toimintakulttuureiden vuoksi.

Kuntoutustarpeen ja – mahdollisuuksien kannalta on merkityksellistä ottaa huomioon, että AVH:n aiheuttama vammaisuus on monisäikeinen kokonaisuus: vaikutukset näkyvät koko persoonassa, persoonallisessa ilmaisussa, vastaanottokyvyssä, psyykkisessä prosessoinnissa ja liikunta- ja toimintakyvyssä. (Korpelainen ym. 2008, 251–252.) Vammautunut henkilö tarvitsee paljon apua ja tukea selviytyäkseen sairastumisen takia perusteellisesti muuttuneesta elämäntilanteestaan. Moniammatillisuuden tarve korostuu etenkin siirtymävaiheissa. Vammautunutta auttaisi, jos hänellä olisi nimetty kuntoutusyhdyshenkilö (lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä) siirtyessään alkuhoidon toteuttaneesta osastohoidosta kotikuntansa terveyskeskuksen seurantaan. Yhdyshenkilön tehtävänä on kuntoutuksen koordinointi eli vastuu kokonaisuudesta, johon kuuluvat kotiutuminen ja sopeutuminen, tukitoimien järjestäminen ja terapioiden suunnittelu sekä säännöllinen seuranta. (Korpelainen ym. 2008, 263; Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008, 20; Paltamaa ym. 2011, 35–38.) Palveluprosessien kokonaisvastuuta ei ole tietoisesti ankkuroitu kenellekään, mikä näkyy palveluketjujen heikkoutena (Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008, 18; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 65).

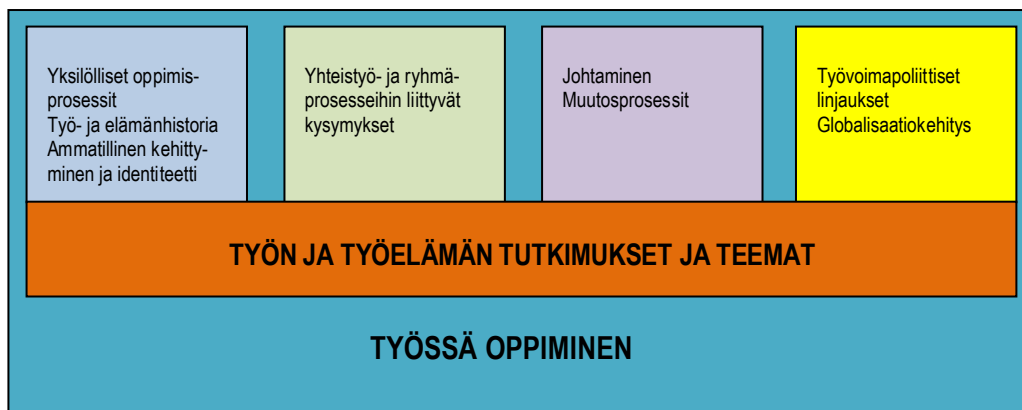
4.1.1 Hyvän kuntoutuskäytännön kehittäminen Pudasjärvellä

Pudasjärven kaupungin palvelurakenteiden ja peruspalveluiden kehittämisen yhteydessä nousi tarve kehittää henkilökunnan osaamista ja lisätä tietoa kuntoutustoiminnan lähtökohdista, kuntoutuksen tavoitteista ja kuntoutusinterventioiden suunnittelusta moniammatillisissa työryhmissä. Oulun seudun ammattikorkeakoulu (Oamk) toteutti Pudasjärvellä koulutushankkeen, minkä avulla henkilöstön osaamista lisättiin ja peruspalveluiden tuottamista kehitettiin. Yhtenä perusteena kouluttajan valinnalle oli Pudasjärvellä jo aikaisempien kehittämishankkeiden kautta saatu kokemus kehittävän työntutkimuksen ja muutoslaboratorio – menetelmillä saaduista koulutuksista.

4.1.2 Työssä oppiminen kehittämistyön kontekstissa

Pudasjärvellä koulutushankkeen toteutus suunniteltiin toteutuvan Pudasjärven terveyskeskuksessa eli siinä toimintaympäristössä, missä työskentely tapahtuu. Keskeisenä tavoitteena koulutuksen suunnittelussa oli koulutuksen integrointi työhön eli työssä oppiminen.

Riippuen siitä, kirjoitetaanko sanat *työssä* ja *oppiminen* yhteen vai erikseen, niillä voidaan tarkoittaa eri asioita. Yhteenkirjoitettuna *työssäoppimisella* (work based /work related /on-the-job-learning) tarkoitetaan pääsääntöisesti ammatilliseen koulutukseen kuuluvia työpaikoilla toteutettua ja työssäoppimisen jaksoja ja oppimista. (Hulkari 2006,13; Tikkamäki 2006, 31.) Tässä raportissa käytetyllä *työssä oppimisen* (learning at work /workplace learning) käsitteellä ymmärretään laajemmin työkontekstissa tapahtuvaa elinikäistä oppimisprosessia. Työssä oppimisen prosessia voidaan tarkastella eri näkökulmista ja niihin liittyvistä aihealueista (kuvio 4).



KUVIO 4. Työssä oppimisen prosessin eri näkökulmat.

Työssä oppimisen käsitettä käytetään kirjavasti ja moniselitteisesti, mikä on luonnollista ilmiön laajuudesta johtuen. Parhaimmillaan työssä oppimista tapahtuu, kun on voitu huomioida työntekijän aiempi kokemus, työtehtäviin liittyvät tavoitteet ja tarpeet ohjaukselle. (Tikkamäki 2006, 32–33.) Kirjonen, Mutka, Filander & Valkeavaara ym. (2007, hakupäivä 12.12.2010) esittävät tutkimuksessaan työssä oppimisen olevan tärkeä tekijä työntekijän toimintakyvylle ja rinnastavat sen ennestään toimintakyvyn ytimessä pidettyyn terveyteen. Tutkimuksessa kuvattiin uusiksi inhimillisen pääoman muodoiksi muutosten uhkaaman identiteetin vahvistamista, riittävää aikaa uusiutumiseksi ja monipuolista informaatiota, jotka tarjoavat edellytyksiä työssä oppimiselle. Ammatillinen pääoma kertyy vähitellen eri koulutusasteilta ja työssä saaduista kokemuksista ja kiteytyy asiantuntijuudeksi. Jotta työntekijät tietoisesti pyrkisivät ammatillisen pääoman jatkuvaan kasvatamiseen, edellytetään työyhteisöltä oppimisen mieltämistä osaksi työyhteisön toimintakulttuuria. Tikkamäen (2006, 10–13) tutkimuksen mukaan työssä oppiminen pohjautui työntekijöiltä vaadittuun haluun ja kykyyn sopeutua työn ja organisaation muutoksiin sekä ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen. Tämä näyttäytyi työntekijälle ennen kaikkea ammattimaisena kehittymisenä.

Kehittämistyön, joka mahdollistaa työssä oppimisen, tueksi tarvitaan refleksiivisiä rakenteita. Lisäämällä keskustelua ja vuorovaikutusta sekä työntekijöiden kesken että työpaikalta ulospäin voidaan vahvistaa uutta toimintatapaa, jonka avulla edistetään samanaikaisesti tuloksellisuutta ja työelämän laatua. Yhdessä oppimalla ja kokemuksilla jakamalla tuotetaan uudenlaisia työ-, organisaatio- ja johtamiskäytäntöjä. (Loppela 2004, 227, 233.; Tikkamäki, 2006, 10–13; Ramstadt 2009, 56–66; Vähämäki 2008, 208; Simola 2007, 84.)

Muutosprosessien organisoiminen ja johtaminen korostuu työssä oppimisessa, kun asiaa tarkastellaan organisaatioiden näkökulmasta (Tikkamäki 2006, 10–13). Tutkimuksissa nostetaan esille johtamisen selkeä ja merkittävä rooli toimintakulttuurin rakentamisessa. Loppelan (2004, 234–235) mukaan tarvitaan johdon eri tasojen (ylin ja keskijohto, esimiestaso) sitoutumista kehittämistyöhön. Jotta työyhteisön kehittämisestä tulisi osa arkityötä, tarvitsee se onnistuakseen systemaattisen toimintamallin. Esimerkiksi työyhteisössä muutoksen tueksi järjestetty koulutus ei johda automaattisesti työkäytäntöjen muutokseen arkielämässä, jos työyhteisöllä ei ole käytäntöjä kehittämistoiminnalle (opitun pohtiminen ja jakaminen, toisilta oppiminen, yhteisen käsityksen rakentaminen). Tarvitaan osaamisen johtamista. (Auvinen, Malinen & Mikkonen 2008, 23.) Tikkamäen (2006) esille tuomia työssä oppimiseen liittyviä haasteita organisaatiojohdolle ovat työntekijöiden ja yhteisöjen osaamisen kehittäminen ja hyödyntäminen sekä kehittämistoimintaan osallistaminen.

Työssä oppiminen ei näyttäydy tutkimuksissa ainoastaan positiivisena ilmiönä, vaan tuloksissa paljastuu myös ristiriitoja ja paradokseja. Vaikka työpaikkoja ja organisaatioita voidaan pitää monipuolisina työssä oppimisympäristöinä, tulisi huomioida se tosiasia, että oppimisen alueella kohtaavat niin humanit ihmisten kehittymiseen, kasvuun ja sivistykseen liittyvät arvot kuin kovat talousarvot. (Tikkamäki 2006, 10–13; Vähämäki 2008, 113.) Työn luonteella ja sillä kuinka työ on organisoitu, on vaikutusta niihin mahdollisuuksiin, joita työpaikalla oppimiseen ilmenee (Heikkilä 2006, 185–186).

4.1.3 Koulutushanke -interventio

Pudasjärven terveyskeskuksen henkilökunnan täydennyskoulutus toteutettiin tukemaan muutosvaihetta, jossa Oulunkaaren seutukuntaan oltiin perustamassa yhteistoiminta-aluetta. Pudasjärven kaupunki kilpailutti kuntoutuskoulutuksen nimellä: ”Lääkinnällinen kuntoutus/ kuntouttava

hoitotyö”. Koulutuksen toteuttajaksi valittiin Oulun seudun ammattikorkeakoulu (OAMK) ja koulutuksesta vastasi ammattikorkeakoulun kuntoutuksen yliopettaja. Koulutus alkoi syyskuussa 2008 ja päättyi joulukuussa 2009 ja se jakaantui kolmeen periodiin: syksy 2008, kevät 2009 ja syksy 2009 (ks. kuvio 6 sivulla 39). Koulutus järjestettiin Pudasjärvellä terveyskeskuksen tiloissa ja se toteutui kaksi kertaa kuukaudessa neljän tunnin saman sisältöisinä tilaisuuksina. Yhteensä koulutustilaisuuksia puolentoista vuoden aikana pidettiin 13 erilliskertaa. Jokainen koulutuskerta toteutettiin kaksi kertaa, jotta henkilöstöllä oli mahdollisuus osallistua niihin.

Koulutuksen tavoitteena oli laajentaa ja syventää koulutukseen osallistujien tietoperustaa kuntoutustoiminnan lähtökohdista ja kuntoutujan aktiivisesta osallisuudesta kuntoutusprosessissa. Lisäksi tavoitteena oli lisätä osallistujien ymmärrystä kuntoutujan toimintaympäristön ja läheisten merkityksestä sekä kuntoutuksen palvelujärjestelmän toiminnasta. Tavoitteena oli myös osallistujien tietojen ja taitojen lisääminen kuntoutustyössä vaadittavassa suunnitelmallisessa työotteessa. Koulutuksen punaisena lankana oli keskeinen kuntoutuksen periaate: moniammatillinen yhteistyö.

Koulutuksen sisältö oli rakennettu osallistujien esittämien sisältötoiveiden mukaisesti. Taulukossa 2 on esitetty osatavoitteet ja niiden sisällöt. Toteutuksessa ei edetty lineaarisesti ensimmäisestä osatavoitteesta ja sen sisältöalueista viimeiseen vaan eri teemoja ja sisältöalueita käsiteltiin useita kertoja koulutuksen edetessä.

Taulukko 2. Koulutushankkeen osatavoitteet ja niiden sisältöalueet.

Osatavoite	Sisältö
Osatavoite 1 Koulutukseen osallistuvat muodostavat käsityksen kuntoutuksesta moni- ja poikkitieteisenä ilmiönä, monialaisena toimintakokonaisuutena ja yhteiskunnallisena palvelujärjestelmänä	1. MITÄ KUNTOUTUS ON? - kuntoutuksen ihmiskäsitys ja arvoperusta - kuntoutuksen keskeiset käsitteet (mm. terveys ja työ- ja toimintakyky, elämänhallinta, valtaistuminen/ empowerment) - biopsykososiaalinen sairauskäsitys - kuntoutuksen vajavuuskeskeisen ja ekologisen mallin pääpiirteet - ICF-viitekehys kuntoutuksessa 2. KUNTOUTUSLAINSÄÄDÄNTÖ JA KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ - kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö - kuntoutus yhteiskunnallisena palvelujärjestelmänä (julkinen, yksityinen ja kolmannen sektorin toiminta) - lääkinnällinen kuntoutus - hoidon porrastus lääkinnällisessä kuntoutuksessa - asiakkaan/potilaan oikeudet erilaisiin etuisuuksiin
Osatavoite 2 Koulutukseen osallistujat muodostavat käsityksen kuntoutumisesta yksilön ja ympäristön muutos- ja oppimisprosessina. He lisäävät tietojään ja taitojaan asiakkaan kuntoutustarvetta aiheuttaviin tekijöihin ja asiakkaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden arviointiin elämän eri tilanteissa ja elämänvaiheissa sekä kuntoutuksen suunnitteluun.	3. KUNTOUTUSPROSESSI - kuntoutuminen oppimisprosessina ja yksilön ja ympäristön muutosprosessina - kuntoutustarpeen arviointi - kuntoutuksen suunnittelu - kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen
Osatavoite 3 Koulutukseen osallistujat syventävät ja laajentavat näkemystään moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksista kuntoutuksessa	4. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ - moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet - tiimityöskentelyn perusteet ja käytäntö - moniammatillisen yhteistyön kehittyminen ja kehittäminen - verkostotyö (hoidon jatkuvuus/verkostot)
Osatavoite 4 Koulutukseen osallistujat lisäävät tietojään ja taitojaan kuntoutuksen ohjaamiseen ja kuntouttavien tekijöiden integrointiin kuntoutujien/asiakkaiden arkeen sekä omaan toimintamalliin	5. OHJAAMINEN KUNTOUTUSTYÖSSÄ - kuntoutuksen ohjauksen ja neuvonnan dialogiset työmenetelmät - kuntoutujan ohjaaminen - omaisten ja läheisten ohjaus - eri ammattihenkilöiden ohjaaminen 6. KUNTOUTTAVA TYÖOTE - kuntouttavan hoitotyön periaatteet ja käytännöt - päivittäisten toimintojen harjoittaminen
Osatavoite 5 Koulutukseen osallistujat lisäävät tietojään kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja vaikuttavuuden arvioinnissa	7. KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS - kuntoutuksen vaikuttavuus - näyttöön perustuva hyvä kuntoutuskäytäntö - kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi - kuntoutustulosten arviointi - ympäristön merkitys kuntoutumisessa 8. MAHDOLLISET MUUT OPISKELUPROSESSIN AIKANA SYNTYVÄT AIHEPIIRIT

Koulutuksen periaatteena oli työntekijöiden osallistuminen ja valtaistuminen, ei passiivinen tiedon vastaanottaminen. Niinpä kouluttajan roolissa korostui uuden tiedon ja uusien näkökulmien tuo-

minen koulutukseen osallistujien käyttöön. Koulutuksessa käytettiin viitekehyksenä ja lähestymistapana osallistavaa toimintatutkimusta ja siinä hyödynnettiin tutkivan oppimisen periaatteita. Näiden periaatteiden mukaisesti osallistajat saivat tavoitteisiin ja sisältöihin pohjautuvia ennakotehtäviä ja oppimistehtäviä, jotka toteutettiin ryhmitöinä. Tehtävien tuotoksia prosessoitiin kouluttajan ohjaamana vuorovaikutuksessa muiden osallistujien kanssa. Tehtävät muodostivat myös osan tutkimusaineistoa. Koulutukseen osallistujille luotiin Oamk:n verkossa olevalle oppimisalustalle ("Black Board/Liitutaulu") oma ryhmä, jonka kautta kouluttajan käyttämä materiaali ja lähteaineisto olivat kaikkien osallistujien saatavilla. Lisäksi alustalle tallennettiin ryhmien tuottamat oppimistehtävät ja koulutuspäivien tavoitteet sekä niiden integroituminen Pudasjärven peruspalveluiden kehittämiseen.

Kouluttajan laatima koulutushankkeen raportti, mistä selviää hankkeen tarkempi toteutus, on esitetty liitteessä 1. Lisäksi koulutukseen tuotettu teoriaosuus on tallennettu cd:lle, joka on Pudasjärven terveyskeskuksen käytössä.

4.1.4 Kehittämisympäristö ja kehittämistyöhön osallistajat

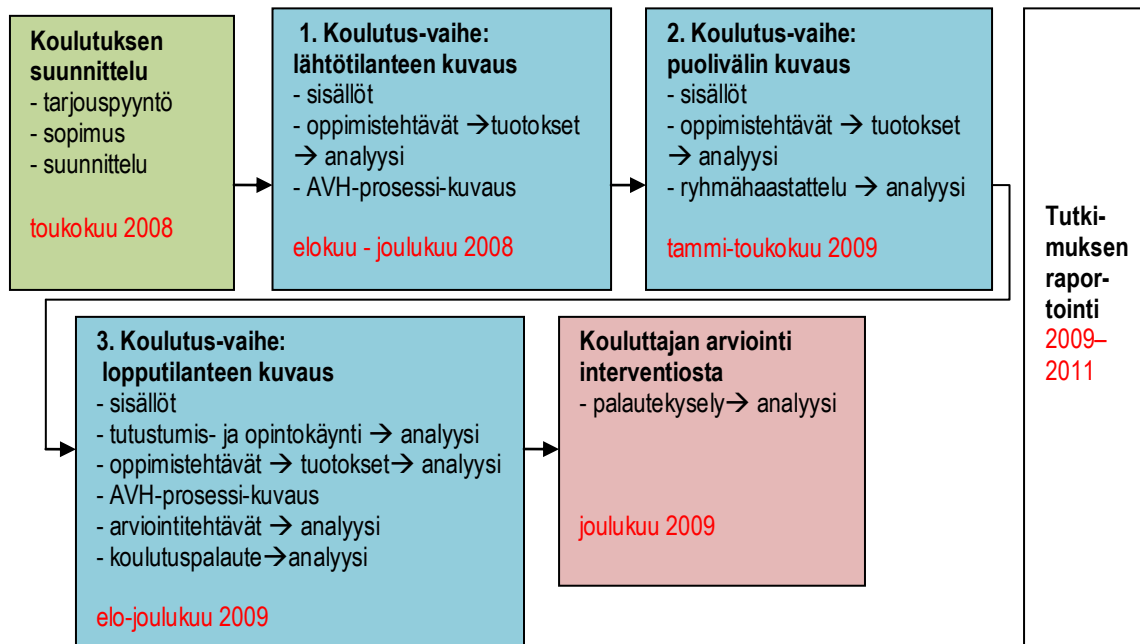
Kehittämisen toimintaympäristönä oli kaksi Pudasjärven perusturvalautakunnan alaisuuteen kuuluvista kolmesta palvelualasta (perhepalvelut, terveystalvelut ja vanhuspalvelut). Palvelualat toimivat perusturvalautakunnan ja perusturvajohtajan alaisuudessa. Palvelualueiden johtajat vastaavat oman alueensa strategisesta ja operatiivisesta johtamisesta. Henkilöstön jakautuminen eri toimialoille on esitetty kuviossa 5, jossa näkyy myös asiakaspaikkojen lukumäärät eri yksiköissä kaupungin tuottamana tai ostopalveluna hankittuna.

omana toimintana kaksi tehostetun palveluasumisen yksikköä. Lisäksi kaupunkiin perustettiin yksityinen vanhusten tehostettua asumispalvelua tuottava yksikkö, jonka palvelut kaupunki ostaa palvelusetelillä. Vuosi 2009 oli Pudasjärvellä vanhustenhuollon osalta laitospalveluiden purkamista ja vanhusten hoivahoidon siirtämistä kevyempään asumisyksikkö – rakenteeseen. Vanhuspalveluista vastaa vanhuspalvelujohtaja. Hänen tukena ovat kotihoidon palveluohjaaja ja hoivahoito- ja asumispalvelutiimien vastaavat.

Pudasjärven koulutushankkeessa luotiin edellytykset vastata eri näkökohtien tuomiin kehittämistyön haasteisiin. Esimiestasolla (johtava hoitaja ja osastonhoitaja) huolehdittiin siitä, että koulutus ajoittui sopivasti Pudasjärvellä käynnissä olevaan organisaation muutosprosessiin ja että työntekijöillä oli mahdollisuus osallistua koulutukseen (mm. sijaisten resursointi, työvuorosuunnittelu). Koulutuksen toteutus perustui keskustelemaan ja refleктоivaan oppimiseen, mikä osallisti työntekijät dialogiseen vuoropuheluun koulutuksen aikana. Koulutukseen osallistui monipuolisesti eri ammattialojen ja eri työyksiköiden työntekijöitä, joka puolestaan mahdollisti koulutuksessa käsiteltyjen aiheiden yhteisöllisen ja ryhmässä tapahtuvan käsittelyn ja pohdinnan.

4.2 Tutkimusprosessi

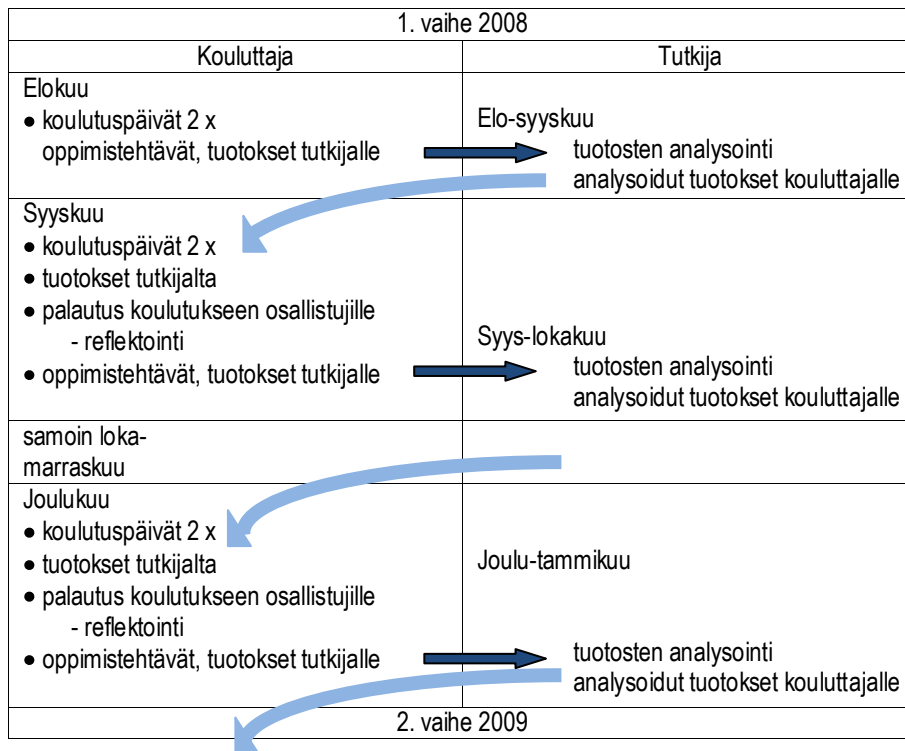
Alla olevassa kuviossa 6 on esitetty puolitoista vuotta kestäneen koulutushankkeen vaiheet ja arviointitutkimuksen kiinnittyminen eri vaiheisiin. Tutkijana tulin mukaan syksyllä 2008 kun koulutushanke oli jo käynnistynyt. Tapasimme kouluttajan kanssa kuukausittain, jolloin välitimme tietoa. Kouluttaja välitti Pudasjärvellä ryhmien tuottamaa aineistoa analysoitavaksi ja minä puolestani palautin analysoidun aineiston kouluttajalle ennen seuraavaa koulutuskertaa.



KUVIO 6. Pudasjärven koulutushanke ja siihen liittyvä tutkimus

Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotipalvelun kehittämistyötä tukenut koulutushanke koostui kolmesta toisiaan seuraavasta vaiheesta, joiden aikana kerättiin tämän tutkimuksen tutkimusaineistot. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin aineistotriangulaatiosta, jolla tutkittavaan ilmiöön tuotettiin moninäkökulmaisuutta eri aineistojen avulla. Triangulaation avulla lisättiin tämän tutkimuksen luotettavuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 19.9.2010.) Tutkimusaineistot muodostuivat haastatteleamalla tuotetuista aineistoista, erilaisista koulutushankkeen aikana tuotetuista kirjallisista dokumenteista ja koulutukseen osallistujien oppimis- ja arviointitehtävistä sekä tutkijan päiväkirja-aineistosta. Tutkimusaineistoa kerättiin sekä koulutushankkeen aikana että sen päättymisen jälkeen. Aineiston keräämiseen osallistuivat sekä kouluttaja että tutkija.

Koulutushankkeen kuluessa tuotettuja tutkimusaineistoja hyödynnettiin koko prosessin ajan. Toimintatutkimukselle tyypillinen jatkuva suunnittelu-toteutus-havainnointi-reflektio-uudelleen suunnittelu -syklisyys mahdollisti aineistojen käytön työntekijöiden kuntoutuksen asiantuntijuuden kehittämismälineinä. Tein eri tutkimusaineistojen analyysia mahdollisimman pian koulutushankkeen eri vaiheisiin liittyneistä oppimistehtävistä ja palautin analyysin tulokset kouluttajan kautta ryhmille edelleen työstämiseen. Kuviossa 7. on esitetty tarkemmin yhden koulutusvaiheen osalta tutkimuksen kiinnittyminen koulutushankkeeseen. Esimerkissä ilmenee kouluttajan ja tutkijan välinen toiminta tutkimusaineiston keruussa ja analysoinnissa.



KUVIO 7. Kouluttajan ja tutkijan välinen tehtäväjako tutkimusaineiston keruussa ja analysoinnissa.

Tärkeänä kriteerinä aineistonkeruumenetelmien valinnalle olikin se, että niiden tuli mahdollistaa nopea analysointi. Keräämäni laadulliset aineistot analysoin sisällönanalyysillä. Liitteellä 2 on esitetty yhteenvetokooste tämän arviointitutkimuksen tutkimuskysymyksistä ja niihin liittyvistä aineistoista.

4.2.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Haastattelu

”Olen kiinnostunut toisen kertomasta, kytken oman puheeni toisen puheeseen ja ilmaisuihin, en yritä väkisin muuttaa toisen toimintaa mutta mietin, voinko muuttaa omaani.”

Koulutushankkeen puolivälissä keräsin aineistoa teemahaastattelulla, johon osallistui osa koulutukseen osallistuneista työntekijöistä. Teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna toisen koulutusvaiheen jälkeen kesällä 2009. Haastateltavat valittiin kohdennetusti sekä eri ammattiryhmien edustajista (lähihoitaja, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti) että esimiestehtävissä toimivista (kotipalvelun tiimivastaava, vuodeosaston osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, johtava hoitaja),

yhteensä seitsemän henkilöä. Haastattelu toteutettiin Pudasjärven terveyskeskuksessa johtavan hoitajan työhuoneessa ja se kesti noin tunnin. Paikka oli rauhallinen, eikä häiriötekijöitä haastattelun aikana ilmennyt. Kouluttaja videoi haastattelun. Haastattelun jälkeen videointi tallennettiin cd-levylle ja nauhoitus hävitettiin.

Haastattelussa pyrkimyksenä on saavuttaa avoin, välitön ja luottamuksellinen vuorovaikutustilanne ja ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa. Tarkoituksena on, että tutkija voi luontevasti keskittyä keskusteluun. Teemahaastattelussa, joka voidaan toteuttaa myös ryhmähaastatteluna, käydään keskustelunomaisesti läpi haastateltavien kanssa ennalta suunniteltuja teemoja. Aihepiirit ja teemat ovat kaikille haastateltaville samat, mutta niissä voidaan edetä joustavasti haastateltavien mukaan. Teemahaastattelu sijoittuu avoimen haastattelun ja lomakehaastattelun välimaastoon. Se soveltuu aineiston keruumenetelmäksi silloin, kun halutaan tietoa vähemmän tunnetuista asioista ja ilmiöistä. Haastattelijan tulee perehtyä aihepiiriin huolellisesti ja tutustua haastateltavien tilanteeseen, jotta haastattelu kohdentuu valittuihin teemoihin. Teemat valitaan tutkittavaan aiheeseen perehtymisen jälkeen. Haastateltavien valinnassa kiinnitetään huomiota niihin ihmisiin, jotka voivat tuoda tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön olennaista lisätietoa. Tutkija voi listata teemat esimerkiksi ranskalaisilla viivoilla ja laatia muutamia alateemoja keskustelun herättämiseksi. Teemahaastattelussa ei kuitenkaan ole tarkoitus esittää pikkutarkkoja kysymyksiä tiukassa järjestyksessä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 19.9.2010.)

Ryhmähaastattelun aluksi tutkijana kerroin, että haastattelemalla kerättyä aineistoa analysoitaessa ja raportoitaessa kenenkään yksittäisen haastateltavan mielipidettä ei esitetä niin, että siitä voitaisiin tunnistaa vastaaja. Lisäksi kerroin myös, että haastatteluaineistoa käytetään pelkästään tässä tutkimustyössä. Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastattelurungon avulla. Haastattelun teemat valittiin koulutukseen osallistujien laatimasta visiosta uudeksi kuntoutusosastoksi ja sen toiminnaksi. Visio oli tuotettu koulutushankkeen alussa ensimmäisenä oppimistehtävänä (a1). Näillä teemoilla oli tarkoitus selvittää, miten kuntoutuskoulutukseen osallistujien tiedot, taidot ja asenteet olivat kehittyneet koulutushankkeen aikana. Liitteellä 2 on esitetty haastattelun teemat.

Haastattelun aluksi palauttelin haastateltavien mieleen erään vuodeosastolla olleen potilaan tarinan, jonka osallistujat olivat esittäneet eräällä koulutuskerralla ja pyysin haastatteluun osallistujia vuorollaan kertomaan, mitä tarinasta nousi kuntoutukseen ja toimintakyvyn tukemiseen liittyviä asioita:

Depressiivinen, haluton potilas oli saatu aktivoitumaan ja liikkeelle hoitajan alkaessa kartoittaa niitä voimavaroja, mitkä olivat tärkeitä asioita tämän potilaan elämässä: kukat ja lehmät. Kuntoutuminen lähti käyntiin, potilas nousi sängynpohjalta, käveli syömään, virkustui ja halusikin vielä kotiin katsomaan lehmiä.

Tämän jälkeen haastattelu eteni niin, että pyysin osallistujia vastaamaan vuorollaan haastattelua varten laatimiini teemakysymyksiin. Vastaamisaika teemaa kohti oli rajallinen – vastaajia pyydettiin esittämään näkemyksensä selkeästi ja napakasti. Esitin kysymyksen kerrallaan ja haastattelut vastasivat siihen vuorollaan. Näin käytiin teemakysymykset läpi; välillä vaihdettiin vastauskierroksen aloittajaa. Osallistujilla oli mahdollisuus myös yhteiseen keskusteluun. Haastattelun ilmapiiri oli keskustelevalta, kaikki haastateltavat osallistuivat, eikä kukaan jäänyt hiljaiseen rooliin. Koska haastattelun tallentajana videolle toimi toinen henkilö (kouluttaja), pystyin keskittymään haastatteluun keskeytyksettä vailla teknisiä huolia.

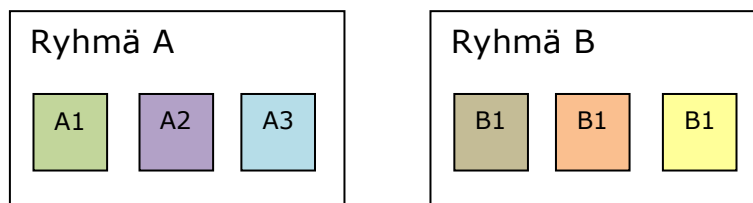
Haastattelijan tehtävänä on huolehtia siitä, että kaikki teemat käydään läpi ja että kaikki ryhmän jäsenet osallistuvat vapaamuotoiseen keskusteluun. Kuinka monta haastateltavaa ryhmään valitaan riippuu siitä, millaista tietoa tutkimuksessa tavoitellaan. Ryhmää ei ole mielekästä kasvattaa kovin suureksi, sillä tällöin keskustelun tallentaminen on vaikeaa. Lisäksi suuri määrä haastateltavia saattaa aiheuttaa keskustelun tyrehtymisen. Etuna ryhmähaastattelussa on se, että sillä saadaan nopeasti tietoa useilta henkilöiltä samanaikaisesti. Jos haastateltavan ryhmän henki on hyvä, ryhmä voi toimia sosiaalisena tukena. Tällöin puhuminen saattaa olla rennompaa kuin yksilöhaastattelussa vieraan haastattelijan kanssa. Lisäksi ryhmähaastattelutilanteessa ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiaan muistamaan asioita, joita yksin haastattelussa oltaessa ei välttämättä tulisi mieleen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 19.9.2010.)

Oppimistehtävät ja muu kirjallinen materiaali

Koulutusjärjestelyjen mukaisesti (liite 1.) koulutukseen osallistuneet työntekijät oli jaettu kahteen ryhmään A ja B. Molemmille ryhmille pidettiin kerran kuukaudessa samansisältöiset koulutuspäivät, joiden aikana tehtiin samat oppimistehtävät. Oppimistehtävien laatimisesta vastasi pääasiassa kouluttaja. Tutkijana vastuullani olivat AVH-kuntoutujan hoito- ja kuntoutusprosessin nyky- ja tavoitetilan kuvaukset koulutuksen puolivälissä ja viimeisellä kerralla. Liitteellä 3 on esitetty koulutushankkeen aikana koulutukseen osallistujien itsenäisesti ja yhteistoiminnallisesti tuottamat aineistot, (tutkimuksessa käytetyt aineistot,) niiden lyhenteet, keruutavat ja ajankohta sekä aineisto-

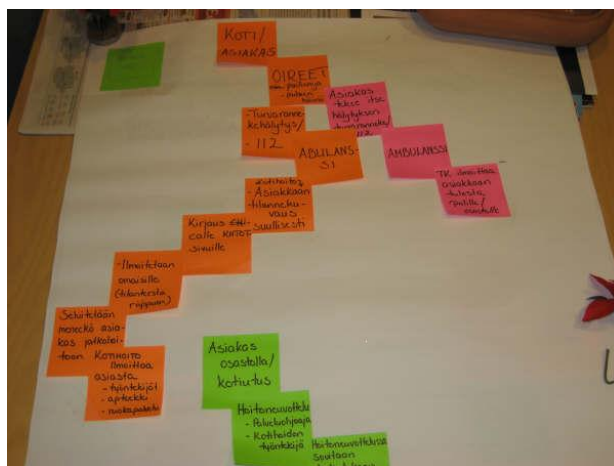
jen kerääjät. Lisäksi liitteestä ilmenee, mihin tutkimuskysymyksiin tehtävillä tuotettiin arviointiaineistoa.

Kouluttaja ohjeisti osallistujat keskustelemaan ja dokumentoimaan keskustelun tuotokset aina käsiteltävistä teemoista ja oppimistehtävistä. Tehtävät tehtiin pienryhmiin (esim. A1, A2, A3, B1, B2, B3) jakautuneina, ryhmän kokoonpano vaihteli ammattikohtaisesta moniammatilliseen tehtävän luonteesta riippuen (kuvio 8).



KUVIO 8. Koulutukseen osallistuvat ryhmät ja jako pienryhmiin.

Osan tehtävistä osallistujat saivat ennakkotehtävinä ennen koulutustapaamista. Ennakkotehtävät toimivat yhteiskeskustelun pohjana. Näin pyrittiin pääsemään mahdollisimman syvään ja erilaisia näkökulmia synnyttävään keskusteluun. Esimerkiksi oppimistehtävissä a3 ja a5 (liite 3) pienryhmät muodostettiin ammattiryhmittäin (sairaanhoitajat, lähi/perushoitajat, kotihoidon työntekijät, kuntoutustyöntekijät), sillä ryhmän tuotoksena haluttiin tietyn ammattiryhmän näkökulma. Muissa tehtävissä pienryhmässä oli mukana eri ammattiryhmien edustajia. Arviointitehtäviin b1 ja b2 työntekijät vastasivat moniammatillisissa pienryhmissä, tehtävään b3 jokainen vastasi itsenäisesti. Ryhmät kirjoittivat asiat joko fläppipapereille (esimerkki kuviossa 9) tai strukturoituihin tehtävälomakkeisiin. Jokaisesta tehtävästä saatiin vähintään kaksi, useimmiten 3-4 tuotosta koulutuspäivän aikana. Lopullinen tuotosten määrä tuplaantui kun A ja B ryhmien tuotokset yhdistettiin.



KUVIO 9. Osallistujien fläppipapereille tuottamaa tutkimusaineistoa.

Koulutuspäivien jälkeen kouluttaja toimitti ryhmien tuotokset minulle, jonka jälkeen aukikirjoitin sanatarkasti kaikki tuotokset. Tämän jälkeen tehtävänannon ohjaamana ryhmittelin ja luokittelin aineistot. Palautin tuotokset luokiteltuina takaisin kouluttajalle. Kouluttaja on hyödyntänyt tehtävistä tuotettua tietoa reflektiivisen oppimismenetelmän mukaisesti koulutushankkeen edetessä seuraavalla koulutuskerralla, lukuun ottamatta oppimistehtävää a11. Tehtävien tuotokset ovat olleet samanaikaisesti sekä tutkijan että kouluttajan käytössä.

Lomakehaastattelu

Puolistrukturoidulla lomakekyselyllä kerättiin palautetta osallistujilta koulutushankkeen toteutumisesta. Koulutuspalautekysely (liite 4.) kuului ennalta sovitusti Oamk:n järjestämiin koulutuksiin ja siinä käytettiin oppilaitoksen valmista kyselylomaketta. Kyselylomakkeella oli yhteensä kuusi kysymystä, joista kaksi oli strukturoitua (Likertin asteikko 1-5) ja neljä avointa kysymystä. Strukturoitujen kysymysten lisäksi pyydettiin perusteluja vastaukselle avoimella kysymyksellä. Kyselytutkimus toteutettiin koulutushankkeen lopussa viimeisellä tapaamiskerralla nimettömänä ja ilman mitään taustatietoja anonymiteetin takia. Kyselyyn vastasi 31 osallistujaa.

Strukturoitu eli lomakehaastattelu on formaalisin haastattelumuoto, joka vastaa kyselylomakkeen täyttämistä ohjatusti. Lomakehaastattelua voidaan käyttää tutkimuksessa, jossa on tarkoitus kvantifioida aineistoa ja/tai käsitellä sitä tilastollisen analyysin keinoin. Lomakehaastatteluihin voidaan sisällyttää myös avoimia kysymyksiä, jotka voidaan käsitellä laadullisesti tai määrällisesti luokittelemalla vastaukset jälkikäteen. Haastattelulomake sisältää valmiita kysymyksiä, joille on valmiit vastausvaihtoehdot. Lomakkeella olevista kysymyksistä haastateltava valitsee itselleen parhaiten sopivan vastausvaihtoehdon ja kysymykset esitetään samassa järjestyksessä kaikille haastateltaville. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 19.9.2010.)

Kouluttajan palautekysely tehtiin koulutuksen päätyttyä tammikuussa 2010. Se toteutettiin kirjallisena siten, että lähetin sähköpostilla avoimet palautekysymykset kouluttajalle. Kysymyksissä ei ollut valmiita vastausvaihtoehtoja. Kouluttaja vastasi kysymyksiin kirjallisesti ja palautti vastauksen sähköpostilla, minkä jälkeen tallensin vastaukset tietokoneelle. Kysymykset (liite 5.) oli johdettu koulutuksen alussa koulutukseen osallistujien itse asettamista tavoitteista. Kysymyksillä pyrittiin selvittämään kouluttajan kokemana terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilökunnan kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutuksen aikana.

Tutkimuspäiväkirja

Omaa *tutkimuspäiväkirjaa* pidin tietokoneella. Tallensin erinäisille lipuille ja lapuille tekemiäni muistiinpanoja tietokoneelle tiedostoon tutkimusprosessin eri vaiheissa. Kirjasin muistiin esimerkiksi ohjaajan kanssa käydyt keskustelut ja Pudasjärvellä käynteihin liittyvät huomiot ja havainnot. Tutkimuspäiväkirja oli hyvä apu palauttamaan mieleen kehittämistyön vaiheita ja tuntemuksia kun kirjoitin kehittämistyöraporttia.

Tutkimuspäiväkirjaan voi kirjoittaa suunnitelmia (ja niiden muutoksia ja syitä), ihmettelyn aiheita, omia ja muiden oivalluksia, ongelmia ja haasteita, kuultuja ja luettuja asioita, tuntemuksia – kaikkea sitä, mitä tutkimusprosessin aikana tapahtuu konkreettisesti ja omassa mielessä. Tutkimuspäiväkirja voi olla systemaattinen ja kurinalainen tai kevyempi ja vapaamuotoinen. Päiväkirja auttaa pysymään ajan tasalla tutkimuksen tekemisessä ja prosessin hallinnassa. Tutkimuspäiväkirjaa voi pitää tietokoneella, jolloin muistiinpanoja on myös kätevää siirtää ja muokata tutkimustekstiin. Yhtä mahdollista on kirjoitella asioita paperille tai vihkoon. Tutkimuspäiväkirjassa ei ole tärkeää ainoastaan pääseminen tiettyyn kohteeseen, vaan myös itse matka, *oppimis- ja kehittämisprosessi*. Tutkimuspäiväkirjaa voidaankin pitää matkakertomuksena. Tutkimuspäiväkirjatyöskentely on hyvin henkilökohtainen asia ja sen onnistuminen sekä sopiva toteutusmuoto riippuvatkin paljon kirjoittajasta itsestään. (Hirsjärvi ym. 2004, 52–53; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 19.9.2010.)

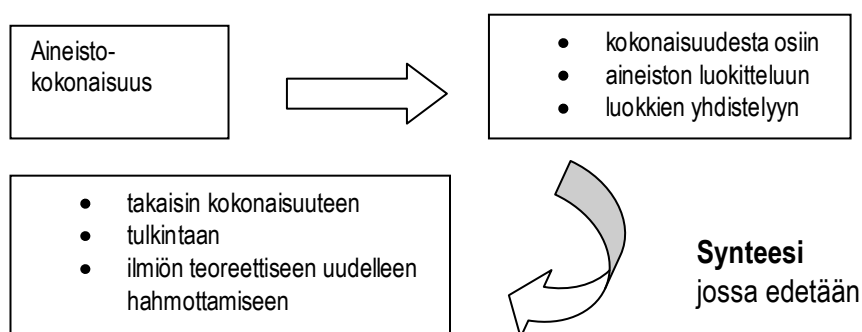
4.2.2 Aineiston analysointi

Kuntoutushankkeen aikana haastatteleamalla ja oppimistehtävillä kerätyt aineistot on analysoitu sisällön analyysi – menetelmällä. Analyysia tehtiin deduktiivisella otteella, eli teoriaohjaavasti. Tässä tutkimuksessa analyysia ohjaamassa olleiden teemojen muodostamisen lähtökohtana olivat tutkimuskysymysten teemat (tiedot, taidot, asenteet), sekä hyvää kuntoutuskäytäntöä kuvaavat, tutkimuksissa ja kirjallisuudessa painottuneet keskeiset asiat. Valtioneuvoston Kuntoutusselonteon (2002, 20) mukaan kuntoutuksen kehittämishankkeissa esille nousseita tuloksellisen kuntoutuksen yleisiä piirteitä ovat työntekijöiden moniammatillinen työote ja yhteistyö, kuntoutujan ympäristön ja lähiyhteisön huomioiminen sekä kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen aloittaminen.

Tutkimusaineiston käsittelyyn sisällön analyysimenetelmällä ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tutkittavat tekstit voivat olla melkein mitä vain: kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, puheita ja keskusteluita. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkitavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajarvi 2006, 103.) Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 3-4, 10.)

Tutkimuksessa kerättyä aineistoa analysoitiin koko koulutushankkeen ajan. Alkuperäiset dokumentit ja niistä tallennetut tiedot olen palauttanut kouluttajalle. Näin ne ovat olleet kouluttajan käytössä seuraavaa koulutusjaksoa varten. Haastattelun purkua varten kouluttaja tallensi videotallenteen cd-levylle. Litteroin haastattelun kuvataallenteelta ja tallensin tekstin Word-tiedostona tietokoneelle. Kouluttajan kirjallisen haastattelun materiaali oli valmiiksi kirjallisena tuotoksena.

Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyysissa aineisto ensin pirstotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen uudennlaiseksi kokonaisuudeksi kuviossa 10 esitetyllä tavalla. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 144.)



KUVIO 10. Haastatteluaineiston käsittely analyysista synteisiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 144)

Tarkastelin tutkimusaineistoa kolmesta eri näkökulmasta, joita on havainnollistettu kuviossa 11. Järjestelin aluksi aineiston tutkimuskysymysten ajanjakson (nykytilanne, puoliväli, lopputilanne) mukaisesti. Liitteellä 3 näkyy mihin tutkimuskysymyksiin eri oppimis- ja arviointitehtäviä ja haas-

tatteluja on käytetty. Tämän jälkeen luin oppimistehtävien ja haastattelujen auki kirjoitettuja tekstejä läpi useamman kerran, erittelin ja luokittelin ne ensin aineistosta nousevien hyvän kuntoutuskäytännön teemojen (moniammatillinen yhteistyö, kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja asiakkaan/omaisen osallisuus) mukaisesti. Tämän jälkeen luokittelin aineistoa teemojen sisällä tutkimuskysymysten teemojen mukaan (tiedot, taidot, asenteet). Yhdistelyn avulla pyrin löytämään luokkien/teemojen välille säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia.

	NYKY			½ VÄLI			LOPPU		
	TIETO	TAITO	ASENNE	TIETO	TAITO	ASENNE	TIETO	TAITO	ASENNE
moniammatillinen yhteistyö									
kuntoutuksen suunnitelmallisuus									
asiakkaan/omaisen osallisuus									

KUVIO 11. Sisällön analyysin kolme eri tarkastelukulmaa.

Lomakekyselyn avoimet kysymykset analysoin myös sisällön analyysi- menetelmällä. Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehdoista on laskettu keskiarvot, joita on käytetty kuvaamaan kysymyksissä esitettyjen asioiden painoarvoa.

Sisällön analyysissa voidaan lähteä etenemään kahdella tavalla joko aineistolähtöisesti induktiivisella otteella tai deduktiivisesti käyttäen aineiston luokittelussa hyväksi jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää, teoriaa tai mallia. Aineistolähtöisessä tavassa teemoja eli keskeisiä aiheita muodostetaan useimmiten etsimällä tekstimassasta sen eri haastatteluja, vastauksia tai kirjoitelmia yhdistäviä (tai erottavia) seikkoja. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissa käsitteistö tulee valmiina, ilmiöstä jo ”tiedettynä”. Aineiston analyysia ohjaa tällöin siis valmis malli ja tarkoituksena on usein tämän mallin tai teorian testaaminen uudessa yhteydessä. Aineisto voidaan litteroinnin eli auki kirjoittamisen jälkeen järjestellä teemoittain. Joskus teemat muistuttavat esimerkiksi aineistonkeruussa käytettyä teemahaastattelurunkoa, mutta näin ei aina käy. Joskus aineistosta löytyy uusia teemoja, eivätkä ihmisten käsittelemät aiheet välttämättä noudata tutkijan tekemää järjestystä ja jäsenystä. Ihmisten puheesta litteroitua tekstiä tuleeikin tarkastella ennakkoluulottomasti. Teemojen muodostamisessa voidaan käyttää apuna koodausta. Koodauksessa tutkija pyrkii selkeyttämään aineiston sisältöä merkitsemällä aineistoon tutkimustehtävän ja -kysymysten kannalta olennaisia asioita. Aineistosta saadaan monipuolinen käsitys, jonka jälkeen on hyvä jatkaa varsi-

naiseen analyysiin, tiivistämiseen ja tulkintaan. (Silius 2005, hakupäivä 12.11.2010; Tuomi & Sarajärvi 2006, 101–119; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 19.9.2010.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset on esitetty seuraavissa kappaleissa tutkimuskysymyksittäin. Kursivoidut tekstit ovat lainauksia tutkimusaineistosta.

5.1 Kuntoutusosaamisen kehittyminen koulutushankkeen aikana

Tässä tutkimuskysymyksessä esitetään kuntoutuskoulutukseen osallistuneiden työntekijöiden tiedoissa, taidoissa ja asenteissa koulutushankkeen aikana (alkutilanne, puoliväli ja loppuvaihe) tapahtunutta kuntoutusosaamisen kehittymistä. Tämän kysymyksen tutkimusaineistona on ollut oppimistehtävät, ryhmähaastattelu ja kouluttajan lomakekysely.

5.1.1 Työntekijöiden tiedoissa ilmennyt kehittyminen koulutushankkeen aikana

Koulutushankkeen alkaessa Pudasjärven terveyskeskuksessa (vuodeosaston ja kuntoutusyksikön työntekijät) ja kotipalvelussa työskentelevien toiminnassa ei tunnistettu kuntoutuksen tietopuustaa. Eri alan asiantuntijoilla ei ollut kuntoutuksen yhteistyökäytäntöä. Toisen alan työntekijän tehtäväkuvasta tai osaamisesta ei tiedetty riittävästi, minkä vuoksi eri alojen osaamista ei osattu hyödyntää. Terveyskeskuksen tai kotihoidon asiakkaille ja heidän omaisilleen ei osattu perustella kuntouttavan hoidon merkitystä, kuntoutumisen tavoitteet määrittivät yksinomaan asiakkaan terveyskeskuksen vuodeosastolla selviytymistä edistävästä näkökulmasta.

Yksi keskeinen tekijä oli keskustelun puute. Alkuvaiheessa ilmeni myös - huolimatta aikaisemmasta kehittämisestä – että osallistujat eivät olleet ennen olleet tilanteissa, joissa he olisivat keskustelleet eri ammatti- ja toimintarajat ylittävissä ryhmissä. Tämän vuoksi koulutuksessa lähdettiin alussa liikkeelle pohtimalla kuntoutusta moniammatillisena yhteistyönä. Tavoitteena oli, että osallistujat saavat työvälineet, millä pystyvät osallistumaan koulutukseen ja oppivat hyödyntämään yhteistä keskusteluareenaa.

”puuttuu yhteinen palaverikäytäntö ja – aika, tieto siirtyy efficalla” (= asiakastietojärjestelmä)

”puuttuu tilaisuus olla saman pöydän ääressä”

”kotipalvelun ja osaston välillä ei tieto kulje”

Eri toimintayksiköiden asiakastietojen kirjaamisessa olivat vallalla ammattikohtaiset käytännöt, minkä vuoksi eri alan asiantuntijan tieto ei ollut toisten yksiköiden työntekijöillä käytössä. Tämä oli osaltaan pitänyt yllä ammattiryhmien välistä eri arvoisuutta. Tieto eri toimijoiden välillä siirtyi raporttien ja sähköpostin välityksellä, yhtenäistä sovittua kirjaamistapaa ei ollut käytössä. Esimerkiksi kotihoidolla oli tietoa asiakkaan arjesta ja historiasta, mutta osastolle tultaessa tieto asiakkaasta ei siirtynyt. Asiakastiedot dokumentoitiin hajalleen eri paikkoihin. Tiedonkulun esteitä kuvattiin seuraavasti:

"kaikilla ei ole oikeuksia lukea YLE-lehteä"

"viestimiskanavat ovat epäselvät"

"ohjeet eivät kohtaa"

Koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden mielestä tiedon puute ilmeni siinä, että eri alojen asiantuntijoiden tietämys toistensa erityisosaamisesta oli puutteellista. Vuodeosaston hoitohenkilökunta ei tiennyt tarpeeksi kuntoutusyksikön roolista ja työtehtävistä. Tiedon puutetta oli myös kuntoutusyksikössä. Erityistyöntekijöiden (lähinnä terapeutit) toiminnassa painottui vuodeosaston henkilöstöä ohjaava toiminta ja erityisasiantuntijuus.

Koulutushankkeen puolivälissä työntekijät olivat havahtuneet tiedostamaan asioita uudella tavalla. Kuntoutuksen tietoperustan lisääntymisen myötä oli mm. helpompi perustella asiakkaille ja omaisille kuntoutumista tukevia hoitotyön toimintakäytäntöjä. Alkutilanteeseen verrattaessa omaisten ja läheisten merkitys asiakkaan kuntoutusprosessissa oli lisääntynyt. Omaisten kautta saatu tieto asiakkaan arjesta ja hänelle merkityksellisistä tekijöistä nähtiin nyt tekijänä, joka kannusti kuntoutumaan. Asiakkaan motivointi ja kannustaminen oli lisääntynyt ja asiakkaan roolin muuttuminen kuntoutettavasta objektista aktiivisemmän kuntoutujan suuntaan oli ottanut askeleen.

"hakea niitä elämän ilopisaroita, onnen omenoita, jotka kannattelee sitä ihmistä"

Koulutuksen myötä tieto toisen ammattiryhmän osaamisesta ja tehtäväkuvista oli lisääntynyt ja se näkyi muutoksena yhteistyön tekemisessä. Toisilta työntekijöiltä tuen kysyminen oli tullut luontevammaksi ja helpommaksi. Kirjaamiskäytäntöjä oli muutettu toimivammiksi.

Koulutuksen lopussa teoreettinen tieto esimerkiksi ICF-viitekehyksestä ja tutkimustieto esimerkiksi kuntoutuksen suunnittelusta sekä asiakaslähtöisestä ja moniammatillisesta yhteistyöstä oli johtanut tietoperustan avartumiseen. Työntekijät kokivat saaneensa koulutuksen myötä repullisen eväitä omaan työhönsä. Yksittäisen ammattiryhmän kapea-alainen näkemys ja tietoperusta

kuntoutuksesta olivat laajentuneet. Tietoisuus yhteistyöhön osallistuvien eri ammattihenkilöiden osaamisesta oli lisääntynyt. Koulutushankkeen aikana työntekijät olivat oppineet tuntemaan toisensa paremmin sekä toisen ammattialan osaajina että yhteistyökumppaneina. Oman osaamisen ja toisen ammattiryhmän osaamisen erojen tiedostaminen oli lisännyt tietoisuutta oman roolin merkityksestä kuntoutuksen kokonaisuudessa. Työntekijät olivat tietoisia siitä, mitä muut odottivat heidän toiminnaltaan ja siitä, että heidän ei yksin tarvitse tietää kaikkea. Kuntoutuksen teorian tiedon saaminen vahvisti omaa ammatillista identiteettiä ja osaamista, koettiin, että tietoa kyettiin nyt siirtämään helpommin käytännön töihin. Tämän muutoksen vaikutuksesta oli helpompaa käynnistää yhteistyötä ja sen koettiin sujuvan luontevammin. Koulutuksen alussa vierailtakin tuntuneet kuntoutuksen käsitteet olivat konkretisoituneet ja työyhteisölle oli muodostunut yhteinen käsitteistö, ”sanasto”.

Kuntoutussuunnitelmaprosessin kehittäminen jatkui erillisessä, toisen tutkijan vastaamassa osaprojektissa. Sen myötä osallistujat ovat käynnistäneet moniammatilliset palaverit huomattavasti aikaisempaa käytäntöä aiemmin. Kuntoutuksen painopistettä oli muutettu aikaisemmasta vika-vamma-haitta-keskeisestä ajattelutavasta voimavaralähtöisempään, osallisuutta ja toimintakykyä tukevampaan suuntaan.

5.1.2 Työntekijöiden taidoissa ilmennyt kehitys koulutushankkeen aikana

Koulutushankkeen käynnistyessä Pudasjärvellä ei voida puhua moniammatillisesta yhteistyöstä vaan eri ammattiryhmiin kuuluvien työntekijöiden yksittäisistä toimenpiteistä kuntoutujan kohdalla. Kuntoutusyksikön työntekijät toimivat erillään vuodeosaston toiminnasta, kävivät suorittamassa siellä ”toimenpiteitä” tai antamassa ohjeita asiakkaan käsittelystä osaston työntekijöille. Yhteistyön toimimattomuutta selitettiin osittain sillä, ettei osata tehdä yhteistyötä, siihen ei ollut taitoja tai toiminta ei suosinut yhteistyön tekemistä. Toisaalta kerrottiin esteenä olevan myös sen, ettei halutakaan tehdä yhteistyötä.

Omia ja toisten työntekijöiden vahvuuksia ei tunnistettu riittävästi, eikä näin ollen osattu käyttää toisen alan ammattilaisen osaamista hyödyksi. Työntekijät kertoivat myös, että toisen osaamiseen ei täysin luotettu, jolloin yksittäisen työntekijän täytyi yrittää selvittää useasta tehtävästä samanaikaisesti. Toisaalta tutkimuksessa ilmeni myös, että joissakin asioissa tunnistettiin oman osaamisen rajallisuus tai kapeutunut ammattitaito. Pitkään avohoidon puolella tietynlaisen asia-

kaskunnan kanssa töitä tehnyt terapeutti koki, ettei hallitsekaan esimerkiksi osastolla tarvittavia neurologisen asiakkaan ohjaustaitoja. Eri ammattialojen sektoroituneessa työkäytännössä tunnistettiin tarve uudelle koulutuksen koordinoitulle osaamiselle.

”pitää revetä kaikkeen paikkaan – tietää kaikesta kaikki”

”kenellä koordinoituvastuu, kuntoutusohjaajan puute”

”yhteisen tavoitteen puute”

”toisen osaamisen arvostaminen puuttuu”

Eri ammattiryhmillä näkyi osittain jo ammattiin koulutuksesta johtuen muotoutunut erilainen lähestymistapa asiakkaan hoitoon. Sairaanhoidajilla oli lääketieteellinen lähestymistapa, jonka mukaan he vastasivat lääkehoidosta ja omasivat tietoa ja taitoa eri sairauksista. Lähihoitajilla/perushoitajilla oli kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan hyvinvoinnista ja he toimivat asiakkaan lähellä huolehtien että ympäristö oli turvallinen ja viihtyisä. Kotihoidon työntekijät tunsivat asiakkaan arjen ja ympäristön sekä toimintakyvyn kotiloissa. Erityistyöntekijät hoitivat omaan ammattialaan kuuluvan siivun asiakkaan kuntoutuksesta, erillään asiakkaan muusta osastohoidosta ja tulivat kutsuttuina paikalle.

”epäselvät vastuujao – rajapinnat”

”lähihoitaja kuulee asiakkaan tarpeet ja osaa delegoida viestejä eteenpäin”

”kotihoito on arkielämän asiantuntija – lampunvaihdoista haavan hoitoon”

”erityistyöntekijöillä kaikilla oma erityisosaamisen alue – rieskan omasta viipaleesta huolehtiminen”

Koulutuksen puolivälissä kuntoutuksen suunnittelu oli käynnistynyt aikaisemmin ja suunnittelussa tavoitteet suunnattiin kohti asiakkaan omaa toimintaympäristöä (useimmiten koti). Yhteistyö kotipalvelun ja osaston välillä oli aktivoitunut ja lisääntynyt. Vaikka kovin suuria muutoksia ei koulutushankkeen puolivälissä vielä toiminnassa ollutkaan havaittavissa, esitettiin arviona, että hoitoajat osastolla olisivat lyhentyneet. Tieto siitä, kuinka hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti kannattaisi toimia, oli lisääntynyt. Kuitenkaan se ei ollut vielä aiheuttanut systemaattisia muutoksia toiminnassa. Esimerkiksi kuntoutussuunnitelman laatiminen koettiin vielä haasteelliseksi.

”ihan pienistä asioista pitää lähteä”

”koulutuksen aikana syntyisi luontainen tapa tehdä kuntoutussuunnitelma ja lähteä sitä toteuttamaan, siitä tulisi arkityötä”

Koulutuksen puolivälissä koettiin, että oli paljon asioita, joita halutaan viedä ja kehittää eteenpäin. Esteenä kehittämiselle nähtiin muun muassa ajankäyttöön ja työsuunnitteluun liittyvät haasteet. Esimiesten rooli ja osallisuus nähtiin vahvana kehittämistyötä tukevana asiana. Esimerkiksi työjärjestelyt ja osaamisen kartoittaminen nähtiin keinoina tukea henkilöstön kehittämistyötä. Lisäksi

esimiesten rooli kuntoutuksen merkityksen ”puolestapuhujina” poliittisten päättäjien ja kaupungin ylimmän johdon suuntaan koettiin merkittäväksi.

”tiimien vetäjillä on suuri vastuu löytää osaamiset ja panna ne käyttöön”

Koulutuksen lopussa kuntoutumista edistävä toimintamalli oli syventynyt ja yhteinen näkemys rakentui toimintaa ohjaavaksi viitekehykseksi. Yhteistyö eri alojen työntekijöiden välillä lisääntyi ja parani eri sektoreiden (osasto, kotihoito, kuntoutus) välillä. Erityistyöntekijöiden rooli yhteistyössä vaihteli koulutuksen lopussa. Osa erityistyöntekijöistä havahtui täysin uudentyyppiseen rooliin, missä oli keskeistä oman osaamisen antaminen toisten käyttöön ja ohjaavan työotteeseen omaksuminen.

Työyhteisössä oli aloitettu yhteiset kokoontumiset, joiden myötä oli tutustuttu lähemmin toisiin työntekijöihin. Teoreettinen ja tutkimustieto esimerkiksi kuntoutuksen suunnittelusta oli lisännyt osallistujien tietoperustaa yhteisten kokoontumisten tärkeydestä ja merkityksestä yksittäisen asiakkaan kuntoutumisprosessin tukemisessa. Keskusteleivammassa ilmapiirissä oli rohkaistuttu tuomaan esille työyhteisöä käsitteleviä asioita uudella tavalla.

Koulutus antoi työhön ja moniammatilliseen työskentelyyn uusia näkökulmia. Työntekijöiden ammattitaito lisääntyi koulutuksen aikana ja valmiudet kuntoutuksen käytännön toteutukseen paraniivat. Ammattihenkilöiden moniammatillinen yhteistyö ilmeni roolien selkeytenä, suunnitelmallisena yhteistoimintana, reflektiivisyytenä, yhteisvastuullisuutena ja avoimena keskusteluna. Tavoitteiden asettaminen moniammatillisena yhteistyönä kehittyi koulutuksen aikana ja toiminta muuttui systemaattisemmaksi. Potilaan/ kuntoutujan tavoitteita määriteltiin pidemmälle aikajaksolle (yleensä koti) verrattuna aikaisempaan, jolloin tavoitteet asetettiin osastojaksolle. Muutamat koulutukseen osallistujat olisivat toivoneet, että koulutukseen olisi voinut sisältyä myös konkreettista eri toiminta- ja ohjaustapojen harjoittelua.

5.1.3 Asenneilmapiirin kehittyminen kuntoutustoiminnassa

Koulutuksen alussa kotipalvelun ja terveystieteiden henkilökunta ”elivät ja toimivat eri leireissä”, erillään toisistaan. Heidän toiminnassa ilmeni selkeitä jännitteitä. Lisäksi erityistyöntekijöitä kuvattiin ”erityisosaajina”, jotka toimivat irrallaan hoitajien arjesta.

Työntekijät kuvasivat negatiivista muutosvastarintaa ja siihen liittyviä asenteita, mikä ilmeni halussa pitäytyä entisessä tutussa ja turallisessa toimintatavassa ja -kulttuurissa. Toisaalta koettiin että entinen vanha toimintamalli ei toimi ja oli paineita mallin muuttamiselle. Muutostilanteessa koettiin väsymystä ja kiireistä työtahtia osittain osaston ylikuormituksen ja kolmivuorotyön vuoksi. Koettiin myös, etteivät kaikki työntekijät ole riittävän sitoutuneita yhteistyön tekemiseen, kaikkien mielipiteet eivät tulleet kuulluiksi ja ilmeni myös kateutta.

"aina ei luottamus ole kohdallaan – ei luoteta että toinen porukka hoitaa hommansa"

"sovituista asioista ei kaikki pidä kiinni, ei pysytävä tavoitteessa"

"yhteisen tavoitteen puute, pelko muutoksesta, epätietoisuus tulevasta"

Koulutuksen edetessä asenteiden koettiin muuttuneen monella tavalla. Myönteinen ilmapiiri ilmeni turvallisuuksena, jakamisena ja positiivisuutena. Asioita tarkasteltiin laaja-alaisemmin ja ymmärrettiin se, ettei yksin voi osata ja hallita kaikkea. Erityistyöntekijöiden "jalkautuminen" enemmän vuodeosastolle lisäsi osaltaan avoimuutta ja helpotti yhteydenpitoa. Kynnys kysyä toisen alan ammattilaista kaveriksi erilaisiin asiakastilanteisiin oli madaltunut. Rohkeus ja uskallus yhdessä työskentelyyn olivat lisääntyneet. Työntekijöiden sitoutuminen yhteisesti sovittuihin toiminta- ja työtapoihin, kuten kuntoutumista tukevaan työotteeseen, näkyi asiakkaalle tasalaatuisempana tukena ja huolenpitona riippumatta siitä, kuka oli työvuorossa. Työntekijöille oli koulutuksen myötä vahvistunut tunne, että oli saanut eväitä työn tekemiseen, vahvistusta oman ammattialan osaamiselle yhteistyössä muiden kanssa. Koulutuksesta saatua tietoa haluttiin tuoda kentälle.

"ei mennä putkinäöllä ja rutiinilla, on löydetty se tarkoitus"

"uskaltaa herkemmin tarttua erityyppisiin ammattiauttajiin, lähestyminen on helpompaa"

Koulutuksen päättyessä ilmapiiri muotoutui toisen työtä – ja tätä kautta myös toisia arvostavaksi. Hoitohenkilöstön keskeinen toisia arvostava työorientaatio syveni ja kirkastui. Henkilöstön sitoutuminen kuntoutumista edistävään yhteistyömalliin kehittyi ja lisääntyi, mikä näkyi työmotivaation kasvuna, intona kehittämistoimintaan ja asennemuutoksena kuntouttavan työotteen vahvistumisessa. Tieto ja tietämys asenteisiin liittyvistä haasteista lisääntyivät ja niistä alettiin puhua ääneen. Sairauskeskeisyys-asenne muuttui voimavaralähtöiseksi. Yhteistyö terveyskeskuksen ja kotipalvelun välillä sai koulutuksen aikana uudentyypisen ilmenemismuodon – syntyi aito tahto tehdä yhteistyötä.

5.2 Kuntoutusosaamisen kehittymistä edistävät tekijät koulutushankkeessa

Toisessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin mitä kuntoutusosaamisen kehittymistä edistäviä tekijöitä ilmeni koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden ja kouluttajan kuvaamina. Tämän tutkimuskysymyksen aineisto on kerätty koulutuksen lopussa osallistujille ja kouluttajalle tehdyillä lomakekyselyillä.

5.2.1 Koulutukseen osallistujien näkökulma

Kuntoutuskoulutuksen osallistajat kokivat positiivisena sen, että he joutuivat/saivat itse miettiä ja pohtia asioita eikä niitä tarjottu valmiina paketteina. Osallistava, keskustelua tukeva koulutusmenetelmä, ryhmätöiden tekeminen ja asioiden miettiminen yhdessä koettiin antoisana ja yhteistyön kehittymistä tukevana asiana. Koulutuksen sisältö koettiin monipuolisena ja mielenkiintoisena. Koulutukseen tuotettu materiaali tuki hyvin koulutuksen etenemistä. Osallistajat saivat materiaalin sekä koulutuskerroilla, että ammattikorkeakoulun verkko-opiskelualustalta (Blackboard/Liitotalu).

Osallistujien tietomäärä lisääntyi ja sen myötä vahvistui käsitys kuntoutuksen merkityksestä. Osallistajat kokivat, että koulutus oli tuonut varmuutta käytännön työhön. Toimintojen perustelu potilaalle/kuntoutujalle ja omaiselle oli helpottunut ja nyt kyettiin aktiivisemmin rohkaisemaan omaisia. Asiakkaan oman aktiivisuuden nähtiin lisääntyneen, minkä vuoksi myös kuntoutuminen oli nopeutunut.

Osallistajat kokivat, että tieto muiden ammattiryhmien työskentelystä oli lisääntynyt ja se puolestaan oli alentanut kynnystä konsultoida toista työntekijää. Tiedonkulun ja yhteistyön parantumisen myötä monista käytännön asioista oli helpompi sopia. Työyhteisössä koettiin työilmapiiri keskustelevallempi entiseen verrattuna. Riittävän käytännön läheiset teemat, yhdessä tekeminen ja tarpeeksi pitkä koulutusprosessi koettiin edesauttaneen koulutushankkeen onnistunutta lopputulosta.

Koulutuksen alkuvaiheessa työntekijöille esitettiin mahdollisuutta tutustua vastaavanlaisen kuntoutusosaston perustamisprosessin läpikäyneeseen yksikköön. Tätä ei haluttu vielä siinä vaiheessa toteuttaa. Myöhemmin koulutuksen puolivälissä tehty tutustumiskäynti Oulun kaupungin-sairaalan kuntoutusosastolle koettiin antoisana. Tutustumiskäynti ajoittui oikeaan kohtaan koulutuskokonaisuutta, sillä työntekijöiden kuntoutuksen tietoperusta oli siinä vaiheessa jo vahvistunut riittävästi, joten käynnin hyöty oli suurempi kuin alkuvaiheessa toteutettu vierailu.

"laittoi miettimään asioita uusista näkökulmista"
"vierailu Oulun kaupungin kuntoutusosastolle oli hyvä!"

Koulutusprosessi koettiin puolentoista vuoden pituisena riittävän pitkäksi, osallistujille oli resursoitu koulutuksen puitteissa tilaisuus yhdessä kehittää omaa osaamistaan ja työtään. Se, että koulutuksesta vastasi yksi kouluttaja, koettiin selkeänä ja johdonmukaisena.

"riittävän pitkä koulutus, on voinut pikku hiljaa "palasen" sisäistää"
"kouluttaja-asiantuntija tuo konkreettisesti esille yhtymäkohtia käytännön ja teorian välillä, panee opiskelijat miettimään ja suunnittelemaan omaa työtään"

Koulutuksen ajoitus onnistui hyvin, se tuli oikeaan aikaan ja tilanteeseen, jossa tiedettiin palvelurakenteen tulevasta muutoksesta. Eri ammattiryhmille järjestetyllä yhteisellä koulutuksella tuettiin moniammatillisen yhteistyön kehittymistä. Osallistavalla menetelmällä toteutettu koulutus sitoutti koko porukan kuntoutumista tukevaan työotteeseen ja käynnisti muutoksen uudelleenlaisen toimintakulttuuriin.

"sisältö lähti tarpeista, huomioi koko ajan "päivän tilanteen", ajankohtaisuus"
"sain kokemuksen moniammatillisesta työstä ja miten sitä tehdään ja yhdessä kehitetään"

5.2.2 Kouluttajan näkökulma

Kouluttajan arvion mukaan osallistujien asettamiin tavoitteisiin pääsyä edesauttoi työilmapiiriin muotoutuminen toisen työtä – ja tätä kautta myös toisia – arvostavaksi. Tämä tapahtui pikkuhiljaa koulutuksen kuluessa. Yhteistyö eri yksiköiden toimijoiden välillä oli ollut aiemmin yksisuuntaista, mikä vaikeutti turvallisen ja toisen toimintaa arvostavan ilmapiirin rakentumisesta. Kouluttaja esitti havaintonaan erityistyöntekijöiden ja muiden ammattiryhmien välillä olleen tietynlaisen "tasa-arvon puutteen". Tätä olivat ilmeisesti edesauttaneet sekä pitkät perinteet tehdä työtä erillään että erityistyöntekijöiden rooli erityisinä ohjeiden antajana muiden tahojen toimijoille. Lisäksi eriarvoisuutta oli pitänyt hyvin pitkään yllä kirjauskäytäntöihin liittyneet ammattikohtaiset käytännöt. Tämän johdosta eri alan asiantuntijoiden tieto ei ollut toisten käytössä. Kouluttaja koki ilmapiiriin muuttuneen selvästi viimeisellä koulutushankkeen kolmanneksella. Tähän saattoi kouluttajan mielestä vaikuttaa se, että eri alan ammattihenkilöillä oli ollut riittävästi mahdollisuuksia keskustella yhteisistä asioista sekä kaikkien erilaiset osaamiset olivat selkeytyneet. Koulutuksen aikana "sekaryhmissä" työskentely "pakotti" heidät tekemään yhteistyötä uudella tavalla.

Koulutuksen edetessä osallistujien asenteissa tapahtui muutoksia ja niiden uudelleen rakentuminen muokkautui koulutuksen kuluessa. Kuntoutumista tukevaan ja edistävään toimintaan liittyviä kommentteja ja esimerkkejä sekä erilaisia ideoita toiminnan kehittämistä ko. orientaation suun-

taan esitettiin ensimmäisen kolmanneksen jälkeen aina vain enemmän. Yhteinen toiminnan tavoite ja päämäärä kuntoutumista edistävään suuntaan vahvistui koulutuksen aikana. Tieto ja tietoisuus asenteisiin liittyvistä asioista olivat usein keskusteluissa läsnä.

Tavoitteellisen toiminnan systemaattisuus, tavoitteiden asettaminen moniammatillisena yhteistyönä ja kuntoutujan oman aktiivisen roolin korostuminen lisääntyivät koulutuksen aikana. Kouluttajan näkemänä selkeä muutos ja havahtuminen tapahtuivat, kun henkilöstö alkoi puhua, että tavoitteet kuntoutumiselle tulee heti alusta lähtien asettaa osastolta seuraavaan paikkaan: kotiin tai seuraavaan hoitoyksikköön. Konkreettisten, pienten ja arjen asioihin liittyvien kuntoutumista tukevien tavoitteiden nimeäminen ja niistä puhuminen koulutustilaisuuksien yhteydessä lisääntyi koulutuksen kuluessa. Toimintakyky ja toimintakyvyn arviointi alkoivat koulutuksen viimeisellä kolmanneksella olla käsitteitä ja ilmiöitä, mistä henkilöstö puhui. Kouluttaja kuvasi yhteistyön kehittyneen sekä osaston ja kotipalvelun että osaston ja muiden hoitoyksiköiden välillä. Henkilöstö ilmaisi asian siten, että heidän on tunnettava – oltava konkreettista tietoa – siitä, mihin (minkälaiseen paikkaan) potilas/kuntoutuja siirtyy heiltä. Eli tavoitteen määrittelyä ohjasi myös seuraavan elinympäristön potilaan/kuntoutujan selviytymiselle asettamat vaateet (ennen koulutusta tavoitteet määrittyivät osastolla selviytymiseen liittyen). Myös näkemys omaisten mukaan tulosta tavoitteen asetteluun ja suunnitelman rakentamiseen vahvistui koulutuksen aikana.

Koulutuksen alussa esitetty visio koskien erillistä kuntoutusosastoa ei toteutunut. Vaikka varsinaista kuntoutusosastoa ei syntynytkään, niin osaston henkilöstö suunnitteli osastolle ”kuntoutuspotilaiden osan”. Henkilöstö pohti miten he voivat rakentaa osaston ympäristöstä kuntoutumista edistävän. He esittivät runsaasti ideoita ja ehdotuksia, joista osan he pystyivät ”viemään” käytäntöön. Osaston päivittäiseen toimintarytmiin ja yksittäisten hoitohenkilöiden toimintaan tehtiin pieniä muutoksia, joilla tuettiin potilaiden/asiakkaiden kuntoutumista. Erityistyöntekijöiden - mm. toimintaterapeutti – toimintamallin muutos lisäsi selvästi kuntoutumista edistävää toimintaa - mm. ryhmämuotoista toimintaa kehittämällä.

Kouluttajan mielestä tärkein koulutuksen tuoma muutos oli koko henkilöstön havahtuminen uudentyypiseen moniammatilliseen yhteistyöhön. Lisäksi työntekijät tulivat tietoisiksi toistensa osaamisesta. Kouluttaja näki koulutuksen toteutuksen keskustelemalla ja reflektoiden arjen työhön liittyviä asioita tukeneen yhteistyön kehittymistä. Erityistyöntekijöiden rooli yhteistyössä vaihteli koulutuksen lopussa – osa erityistyöntekijöistä havahtui täysin uudentyypiseen rooliin,

missä keskeistä on oman osaamisen antaminen toisten käyttöön ja ohjaavan työotteeseen omaksuminen.

Kuntoutumista edistävän toimintamallin syventymisen ja yhteisen näkemyksen rakentumisen toimintaa ohjaavaksi viitekehykseksi kouluttaja arvioi myös tärkeäksi muutokseksi. Koulutuksen aikana henkilöstö sai uusia yhteisiä käsitteitä, kuten esimerkiksi toimintakyky. Toimintakyvyn arvioinnin haasteellisuus ja tärkeys avautui koko henkilöstölle. Koulutus havahdutti koko henkilöstön ymmärtämään kuntoutuksen ja kuntoutumista edistävän toiminnan aivan uudella tavalla. Henkilöstö oli erittäin motivoitunut viemään koulutuksessa käsiteltyjä asioita käytäntöön. Koulutusprosessin kuluessa henkilöstön sitoutuminen kuntoutumista edistävään yhteistyömalliin kehittyi ja lisääntyi, mutta kouluttajan näkemyksen mukaan Pudasjärven kaupungin nopeasti muuttuneet tilanteet vaikeuttivat selvästi osan henkilöstön sitoutumista.

Kouluttajan arvion mukaan monet asiat jäivät elämään ja kehittyvät edelleen. Osastonhoitajan innostunut ja asiantunteva suhtautuminen kehittämiseen sekä ylemmän johdon sitoutuminen jatkuvaan kehittämiseen tukevat koulutuksessa käsiteltyjen asioiden ja kehitettyjen toimintamallien juurtumista arjen toimintoihin. Henkilöstö oppi koulutuksen aikana myös kehittämisestä ja oman työn arvioinnista paljon. Erillinen opinnäytetyöhanke kuntoutus- ja hoitosuunnitelman kehittämiseksi sekä yhden työntekijän YAMK-opinnot ja niihin liittyvä kehittämistehtävä (osastolle) ja sosionomi-opintoja suorittavien hoitajien opinnäytetyöt pitävät kehittämistä yllä.

6 POHDINTA, JOHTOPÄÄTELMÄT SEKÄ JATKOTUTKIMUS – KEHITTÄMIS-HAASTEET

Tämän kehittämistyöhön liittyvän tutkimukseni tavoitteena oli arvioida, miten kuntoutumista edistävät toimintakäytännöt kehittyivät Pudasjärven terveyskeskuksessa kuntoutuskoulutuksen aikana. Tutkimusraportti sai nimensä viimeisellä koulutuskerralla joulukuussa 2009 erään koulutukseen osallistuneen työntekijän iloisesta huudahduksesta: *”Nythän sen ossaankin”*. Tässä raportin viimeisessä luvussa pohdin aluksi tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä, sekä tutkimuksen tuloksia. Seuraavaksi tarkastelen interventiona järjestetyn koulutushankkeen koulutusmetodia ja tutkimuksen lähestymistapaa ja lopuksi esitän haasteita jatkotutkimukselle sekä esitän suosituksia toiminnan edelleen kehittämiseksi.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hyvälle tutkimuskäytännölle on ominaista, että tutkimus suoritetaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi tutkimukselta odotetaan, että sen suunnittelu, toteutus ja raportointi on tehty hyväksytyjen käytäntöjen mukaisesti. Tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien valinnassa tulee käyttää kriittisyyttä. (Opetusministeriö ja Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2006, hakupäivä 5.10.2010; Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2010, hakupäivä 1.1.2011; Suomen Akatemia 2010, hakupäivä 5.11.2010).

6.1.1 Eettisyyden tarkastelua

Tutkimustyön eettisyyttä pohdittaessa on tärkeää huomioida koko tutkimusprosessi. Olen perustellut tekemiäni valintoja ja rajoituksia ja kuvannut niitä raportissa. Eettisyyden periaatteiden tulee kulkea tutkijaa ohjaavina periaatteina koko prosessin ajan tutkimuskohteen valinnasta tutkimuksen tulosten soveltamiseen saakka. (Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2006. Hakupäivä 12.5.2011.) Mahdollisia eettisiä ongelmakohtia voidaan ennakoida käyttämällä standardoituja tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Tutkimuksessa käyttämäni tiedonkeruumenetelmistä haastattelu-, loma-kehaastattelu- ja päiväkirjamenetelmät ovat vakiintuneita tutkimuskäyttöön. Lisäksi lukuisat koulutushankkeissa tuotetut oppimistehtävät ja muu kirjallinen materiaali soveltui hyvin tutkimusaineis-

toksi. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytin sisällön analyysi – menetelmää, joka soveltui laajasti monenlaisen tutkimusaineiston käsittelyyn.

Tutkimusta ei lähdetty toteuttamaan ns. puhtaalta pöydältä, vaan tutkijana minulla oli työkokemukseeni perustuva näkemys tutkittavasta aihealueesta. Olen työskennellyt hankkeissa ja projekteissa, joissa moniammatillisuuden kehittäminen on ollut tausta-ajatuksena. Työni vaikeavammaisten henkilöiden kanssa on vahvistanut ja vakuuttanut minut monialaisen, kuntoutusohjauksellisen työotteen merkityksestä. Parikymmentä vuotta kestäneen työurani aikana kuntoutussektorilla olen työskennellyt fysioterapeuttina terveyskeskuksen sairaalan vuodeosastoilla ja avokuntoutuksessa. Olen seurannut läheltä vastaavaa kuntoutusosaston perustamisprosessia omassa työyhteisössäni. Näiden kokemusten perusteella ehdotin koulutushankkeeseen osallistujille tutustumiskäyntiä Oulun kaupunginsairaalan kuntoutusosastolle, joka on muutamia vuosia aikaisemmin käynyt vastaavanlaisen prosessin läpi. Tekemäni ehdotus oli muutos alkuperäiseen koulutushankkeen toteutussuunnitelmaan. Oma ammattialaani ohjaavien eettisten periaatteiden mukaisesti koin velvollisuutena saattaa Pudasjärven työyhteisöt kosketuksiin oululaisten kanssa. Tutustumiskäynti osoittautuikin oivalliseksi ja innostavaksi oppimiskokemukseksi.

Eettisyyden kannalta on olennaista edellyttää tutkijalta objektiivisuutta ja sitä, että hän pyrkii aktiivisesti tiedostamaan omat asenteensa ja uskomuksensa. Tutkimusta tehdessään tutkijan tulee toimia niin, etteivät ne vaikuttaisi tutkimukseen liiaksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 19.9.2010.) Tässä tutkimuksessa toimin tutkittavan kohdejoukon ulkopuolella, eikä minulla ollut tuttuja henkilöitä ryhmässä. En tuntenut myöskään aikaisemmin Pudasjärven terveyskeskuksen toimintaympäristöä. Osallistuin molempien ryhmien toimintaan kolme kertaa. Koin sen riittäväksi, sillä tapasin kouluttajana toiminutta opettajaa koulutuskertojen välissä ja sain tietoa ja koulutushankkeen etenemisestä. Tutkimustyötä tein oman työni ohella, mikä osaltaan rajoitti matkustamista Pudasjärvelle.

Kerättyä aineistoa ei tule luovuttaa ulkopuolisille missään tarkoituksessa ilman osallistujien lupaa (Suomen Akatemia 2010, hakupäivä 5.11.2010). Tutkimuslupa anottiin Pudasjärven sosiaali- ja terveydenhuollon johdolta yhdessä toisen tutkijan kanssa. Kävimme yhdessä toisen tutkijan kanssa kertomassa koulutushankkeen alussa työntekijöille tutkimuksen tarkoituksesta. Lisäksi tapasin molempia ryhmiä koulutushankkeen puolivälissä ja lopussa. Viimeisellä kerralla osallistujat allekirjoittivat suostumuksen kerätyn aineiston tutkimuskäyttöön. Kaikki koulutushankkeessa

mukana olleet osallistuvat tutkimustiedon tuottamiseen. Raportoinnissa olen huolehtinut siitä, ettei kukaan yksittäinen työntekijä tunnistaudu tekstistä.

Tämä tutkimus on suunniteltu yhteistyössä koulutuksesta vastanneen organisaation edustajan kanssa. Tutkijana olen kerättyäni ja analysoituni aineiston palauttanut sen takaisin kouluttajan kautta koulutukseen osallistujien käyttöön. Näin minulla on ollut mahdollista saada välitön palaute kouluttajan kautta analyysien ja yhteenvetojen totuudenmukaisuudesta. Olen ollut kouluttajan kanssa säännöllisesti yhteydessä koulutuskertojen välillä. Tutkimusaineisto on ollut vain tutkijan ja kouluttajan käytössä.

6.1.2 Luotettavuuden pohdintaa

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kannalta keskeisinä kriteereinä pidetään uskottavuutta (credibility), siirrettävyyttä (transferability), varmuutta (dependibility) ja vahvistettavuutta (confirmability) (lähde). Tässä tutkimuksessa tulosten uskottavuuden lisääjänä käytettiin aineistotriangulaatioita. Aineistotriangulaatiolla tutkimuksessa yhdistetään erilaisia aineistoja keskenään. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 141; Tuomi & Sarajärvi 2009, 145.) Tässä tutkimuksessa aineiston keräämisessä käytettiin haastatteluja, opintotuotoksia ja lomakekyselyjä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustulosten siirrettävyys kuvaa tulosten sovellettavuuden kriteeriä. Siirrettävyys liittyy tutkimusympäristön ja sovellusympäristöjen samankaltaisuuteen. (Vilkka 2006, 92; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138.) Toimintatutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä eikä tämä tutkimusprosessi ole toistettavissa samanlaisena missään olosuhteissa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan silti hyödyntää kehitettäessä moniammatillisen yhteistyön koulutusta muissakin kuin kuntoutuksen toimintaympäristöissä. Tutkimusprosessin kuvaus on pyritty tekemään riittävän yksityiskohtaisesti, jotta lukijan on mahdollista yleistää ja soveltaa tuloksia esimerkiksi omaan käytäntöönsä. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tiettyä ilmiötä ja pyrkiä ymmärtämään sitä, jolloin pyritään valitsemaan tutkittavat (informantit) niin, että he tietävät tutkittavasta ilmiöstä paljon tai heillä on siitä kokemusta (Vilkka 2006, 119; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86). Tutkimuksessa on kuvattu toimintaympäristö ja kaikkien yhdyshenkilöiden kuten myös haastateltujen yhdyshenkilöiden ammatilliset ja organisatoriset taustatiedot mahdollisimman tarkasti. Pudasjärven toimintaympäristöä voidaan kuvata varsin tyypilliseksi terveyskeskusympäristöksi. Vastaavia kohteita on Suomessa paljon, minkä vuoksi tutkimuksessa saadut tulokset ovat siirrettävissä vastaaviin toimintaympäristöihin. En voi kuitenkaan tutkijana yksin

tehdä johtopäätöksiä tulosten siirrettävyydestä, vaan vastuu tutkimuksen sovellusarvosta jää suureksi osaksi tutkimuksen hyödyntäjille. Tutkijana tehtäväni oli kuvata riittävän tarkasti omaan tutkimukseeni osallistuvat henkilöt (informantit) ja heidän toimintaympäristönsä, jotta tutkimustani hyödynnettäessä olisi riittävästi ”välineitä” tutkimuksen sovellusarvon määrittämiseen eri asiayhteyksissä

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon eivätkä tutkijan käsityksiin, vaikka tutkijan subjektiivinen vaikutus laadullisessa tutkimuksessa onkin hyvin merkittävä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.) Vaikka tutkijana tässä tutkimuksessa minulla olikin aikaisemman oman kokemustaustani pohjalta ehtinyt muodostua ennakkokäsityksiä tutkimusaiheesta, ei niillä ollut vaikutusta aineiston objektiiviseen käsittelyyn ja analyysiin. Tutkimustuloksia esitellessäni olen käyttänyt lainauksia haastatteluaineistosta ja kirjallisesti tuotetuista dokumenteista, jotta lukija voi vertailla niissä esiintyviä näkökulmia tutkijan esittämiin tuloksiin. Autenttisten tekstikatkelmien käyttö on varsin yleinen laadullisissa tutkimuksissa käytetty menetelmä tulkinnan uskottavuuden lisäämiseksi. Tekstikatkelmien kautta lukija voi osaltaan seurata ja arvioida tulkintaprosessin muotoutumista. (Syrjälä ym. 1994, 131; Vilka 2006, 110.) Omassa tutkimuksessani autenttisia tekstikatkelmia on käytetty läpi tulososan. Niiden kautta on paitsi elävöitetty tutkimusraporttia myös tarjottu lukijalle mahdollisuus arvioida aineiston ja tuotetun tulkinnan välisiä yhteyksiä.

Laadullisen tutkimuksen varmuus kytkeytyy koko tutkimusmenettelyn huolelliseen raportointiin, jotta lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulkua ja arvioida sen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on kuitenkin otettava huomioon tutkimuksen subjektiivisuus. Tutkimuksen suorittamisen mahdollisimman tarkka kuvaus on tästä syystä keskeinen luotettavuuden arvioinnissa. (Varto 2005, 187; Syrjälä ym. 1994, 152–153; Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Olen tiivistänyt tutkimustuloksia 1. tutkimuskysymyksen osalta yhteenvetotaulukkoon (liite 6), millä on pyritty selkeyttämään tulosten jäsentymistä. Tutkimuksessani olen pyrkinyt raportoidaan suhteellisen tarkasti paitsi aineiston keräämisen ja analysoinnin, myös tulkinnan eri vaiheet, joilla olen pyrkinyt lisäämään ja perustelemaan tutkimukseni luotettavuutta.

6.2 Tutkimustulosten pohdintaa

Syksyllä 2008 käynnistyneen koulutuksen tavoitteena oli osallistujien tietoperustan lisääminen kuntoutustoiminnan lähtökohdista, asiakkaan subjektiivisuudesta ja aktiivisesta osallisuudesta kuntou-

tustavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamiseen. Tavoitteena oli myös, että osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutusinterventoiden suunnitteluun moniammatillisissa työryhmissä. Koulutushanke kesti puolitoista vuotta. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen kehittymistä selvitettiin koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden tiedoissa, taidoissa ja asenteissa kokeman muutoksen kautta. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät edistivät koulutukseen osallistujien ja kouluttajan kuvaamana terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilökunnan kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutuksen aikana.

Tarkastelen tutkimustuloksia kolmella tasolla, jotka on esitetty aikaisemmin raportin luvussa 3.2 sivulla 26 esitettyssä kuntoutuksen arvioinnin tasoja ja kohteita kuvaavassa taulukossa. Moniammatillinen yhteistyö, kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja asiakkaan/ omaisen osallisuus vahvistivat kirjallisuuden ja tutkimuksen kautta keskeisiksi kuntoutuksen hyvien käytäntöjen kuvaajiksi ja kehittämiskohteiksi. (Valtioneuvosto 2002, 18; Rissanen & Aalto, 2002, 21–23; Nyfors 2010, hakupäivä 10.10.2010.) Lisäksi oma työkokemukseni kuntoutuksen alalta terapeutin, kuntoutuksenohjauksen ja kehittämistyön eri näkökulmista on vaikuttanut tarkastelukulmien valintaan.

6.2.1 Muutoksiin vastaaminen yhteiskunnallisissa puitteissa

Terveydenhuollon kehittymistä sekä yhteiskunnan ja työelämän muutoksia pyritään ennakoimaan muun muassa kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminnalla esimerkiksi tuottamalla uudenlaisia kuntoutus- ja palveluinnovaatiota. Muutokset tuovat haasteita kuntoutuksen yksilöllisten ja yhteiskunnallisten tavoitteiden saavuttamiselle. Haasteet ja riskit voivat ajankohtaistua yllättäen esimerkiksi yhteiskunnallisen epävakauden seurauksena. (Autti-Rämö ym. 2010, 3.) Pudasjärven kaupungin tilanteessa tapahtui ennakoimattomia muutoksia koulutushankkeen keston aikana. Koulutushankkeen käynnistyessä vuoden 2008 syksyllä ei ollut vielä tietoa niistä taloudellisen taantum mukanaan tuomista uusista haasteista, jotka vaikuttivat prosessin lopputulokseen Pudasjärven terveyskeskuksessa. Erillistä kuntoutusosastoa ei perustettu, vaan vuodeosaston toimintaa muutettiin kohdistamalla tietty määrä vuodepaikoista kuntoutuspotilaille. Koulutushanke pyrki helpottamaan muutoksen hallintaa tarjoamalla koulutukseen osallistuville työntekijöille yhteisen ”areenan” keskustelulle ja kysymyksille, sillä koulutukseen osallistunut terveyskeskuksen johtava hoitaja informoi aina koulutuksen alussa ajankohtaisista asioista. Vaikka koulutushankkeen teemana oli lisätä tietoa ja kuntoutusosaamista, sivutuotteena se toimi myös osallistujien tukena muutostilanteessa.

Kuntoutuksen suurin haaste on monella tasolla tapahtuva väestön ikääntyminen. Vanhuspalveluissa kansallisella tasolla ja myös Pudasjärvellä on siirrytty kasvavalla vauhdilla laitosvaltaisuudesta avopalveluihin. Perinteistä ”vanhainkoti”-hoitoa ei enää ole, vaan laitoshoidon on muutettu tehostetuksi palveluasumiseksi ja hoitokodeissa tapahtuvaksi hoivahoidoksi. Kunnat tuottavat vanhuksilleen palveluja oman toiminnan lisäksi myös enenevässä määrin ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta. Kotiin tuotetut palvelut ja kotona asuminen on keskeinen toimintalinja ikääntymispolitiikassa. Pudasjärven tulevien vuosien väestöennusteen mukaan vanhusten osuus väestöstä kasvaa voimakkaasti, mikä tulee osaltaan luomaan myös kuntoutukselle lisätarvetta. Kuntoutuksella on tärkeä merkitys vanhusten omatoimisuuden tukemisessa ja sitä kautta kotona selviytymisessä mahdollisimman pitkään. Kuntoutuksen tulisi olla kiinteä osa kuntien ikäohjelmaa ja vanhustyötä, sillä kuntoutuksella voidaan saada tuloksia korkeassakin iässä. Kuntoutuksella voidaan ennaltaehkäistä toimintakyvyn vajeita ja korjata niitä riippumatta vanhan ihmisen kunnosta. (Koskinen ym. 2008, 548; Takala 2009.)

6.2.2 Tilannesidonnainen toiminta

Veijolan (2004, 63, 99–100,), Suddick & De Souza (2006, 80) ja Körnerin (2010, 752–753) mukaan moniammatillisen työn kehittymisessä ammattihenkilöiden on ensin opittava keskustelemaan ja työskentelemään tasa-arvoisesti. Tällöin voidaan ylittää ammattien ja organisaatioiden reviirien rajat. Ammattihenkilöiden tiedollisiin, taidollisiin, asenteellisiin ja arvoihin liittyviin yhteistyövalmiuksiin kuuluvat muun muassa asennoituminen yhteistyöhön sekä toisen alan erityisosaamisen tuntemus, arvostaminen ja kunnioittaminen. Jos eri aloilla työskentelevät ammatillaiset eivät tunne toistensa työtä ja tehtäviä riittävästi, eikä ole olemassa foorumeita keskustelulle, yhteistyön esteeksi muodostuu tiedon puute ja suvaitsemattomuus. Paitsi taitotieto-keskustelua, tarvitaan myös arvo- ja tietopohjan yhteistä pohtimista ja keskustelua.

Koulutuksen merkitys vuorovaikutustilanteiden mahdollistajana ja tiedon ja taitojen lisääjänä vahvistui koulutuksen edetessä. Kouluttaja toimi ohjaajana, jonka tuella työntekijät tunnistivat yhteistyön kehittämistarpeita. Lisäksi hän ohjasi työntekijöitä käyttämään aiheeseen liittyvää materiaalia, joka auttaa heitä prosessissa. Koulutushankkeen alussa Pudasjärven terveyskeskuksen ja kotipalvelun työntekijät työskentelivät oman substanssialan tietoperustan mukaan. Toiminnassa korostui silloin kapea-alainen näkemys asioihin. Kaikki kuntoutuskoulutukseen osallistuneet työntekijät saivat runsaasti uusia tietoja kuntoutuksesta ja heillä oli koulutuksen päättyessä parem-

mat valmiudet omaksua jatkossakin uuden, tutkitun tiedon hyöty omaan työhönsä. Osallistujien käyttäytyminen toisiaan kohtaan muuttui, kun heillä oli enemmän tietoa toistensa rooleista ja osaamisesta.

Yhteistyössä kehittyminen edellyttää tapaamisten lisäksi käytännön järjestelyjä, jotta kaikki voivat osallistua kokouksiin. Koska koulutukseen osallistuivat kaikki vuodeosaston ja kuntoutusyksikön työntekijät, oli luonnollista, että sijaisjärjestelyistä huolimatta kaikki eri alojen ammattihenkilöt eivät voineet osallistua joka kerta koulutushankkeen aikana järjestettyihin koulutuspäiviin. Ne työntekijät, jotka aloittivat myöhemmin tai jotka eivät päässeet jokaiseen koulutuskertaan mukaan, kokivat jääneensä paitsi asioista. Alkuperäisen suunnitelman mukaan kotihoidon työntekijät eivät osallistuneet koulutukseen. Kuitenkin heti koulutuksen alussa todettiin heidän mukana olo merkittäväksi koulutuskokonaisuuden kannalta. Kotihoidosta yhdestä tiimistä kyettiin osallistumaan koulutukseen.

Yhteistyölle täytyy määrätietoisesti luoda riittävän vahva pohja. Jos yhteistyössä ei ole tarpeeksi yhteistä sosiaalista todellisuutta, ei tällöin ole myöskään pohjaa yhteisten tavoitteiden saavuttamiselle. (Veijola 2004, 100; Vähämäki 2008, 207.) Koulutushankkeen alussa osallistujat työstivät ensimmäisenä oppimistehtävänäan yhteisen vision kuntoutusosaston toiminnalle. Seppänen-Järvelän (2004, 31) mukaan vision tulisi olla riittävän väljä, joustava ja kannustava, jotta se kyettäisiin kehittämisen keinoin saavuttamaan. Kehittämishankkeen aikana ja etenkin alkuvaiheessa tulisi haarukoida erilaisia näkemyksiä ja keskustella niistä, jotta yhteinen tulkinta visiosta ja toimintalinjoista hahmottuisi. Visioon kirjatut asiat näyttivät suuntaa koulutushankkeen ajan ja niitä käytettiin muun muassa haastattelun ja kouluttajan lomakekyselyn teemoina.

Kuntoutusprosessiin liittyviä käsitteitä tulee selkiyttää ja varmistaa niiden yhdenmukainen käyttö, jotta parannetaan tiedon välittymistä. Eri alojen ammattilaisten on varmistettava, että he ymmärtävät toistensa käyttämiä käsitteitä ja että käsitteet sekä käytetty kieli ovat myös sekä kuntoutujalle että hänen läheisilleen ymmärrettäviä. (Paltamaa ym. 2011, 232.) Pudasjärven eri toimijoiden käytössä ei ollut yhtenäistä ”kuntoutuksen kieltä ja termistöä”. Koulutuksessa esiteltiin mm. ICF-luokitusta, jota suositellaan käytettäväksi yhteisiä käsitteitä selkiytettäessä. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus eli ICF (International Classification of Functioning, Disability ja Health) mahdollistaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen kuvata toiminnallista terveydentilaa ja sen vuorovaikutussuhdetta ympäristötekijöihin. Luokituksessa on kolme aihealuetta: 1) ruumiin/kehon toiminnat ja ruumiin rakenteet, 2) suoritukset ja

osallistuminen ja 3) ympäristötekijät. Luokitus mahdollistaa tietojen vertaamisen eri maiden, terveydenhuollon erikoisalojen, palveluiden ja eri ajankohtien välillä. ICF tarjoaa myös järjestelmällisen koodausmenetelmän terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten. Luokituksen tarkoitus on parantaa kommunikaation tasoa eri toimialojen ja hallinnonalojen välisessä verkostoituvassa yhteistyössä toimintakykyyn liittyvissä asioissa. (ICF 2004, 4.)

Kuntoutusprosessissa toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen sekä niiden pohjalta laadittujen tavoitteiden asettaminen on olennainen osa monien ammattilaisten työtä. Eri toimijatahojen keskinäisessä yhteistyössä toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi tulisi perustua yhteisesti sovituille käytännöille. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto (TOIMIA) parantaa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua sekä yhdenmukaistaa toimintakyvyn ja toimintaedellytysten kuvaamisessa käytettävää terminologiaa. Väestön ja sen erilaisten osaryhmien toimintakyvystä tarvitaan tietoa, joka on terveystalouden tärkeä lähtökohta ja arviointiväline. Pätevien toimintakyvyn mittaamis- ja arviointimenetelmien käyttö on edellytys luotettavien tietojen saamiseksi niin yksilöiden kuin väestönkin toimintakyvystä. Se luo myös edellytykset kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutumiselle. (Toimia 2011, hakupäivä 19.2.2011; Koskinen ym. 2009, 201; Paltamaa ym. 2011, 111.) Kelan tavoitteena on GAS-menetelmää (GAS = Goal Attainment Scaling = tavoitteiden saavuttamista mittaava asteikko) käyttäen tuoda Kelan järjestämään kuntoutukseen yhtenäinen välineistö kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen. GAS ei sovellu kuntoutujien ominaisuuksien kuvaajaksi, vaan siihen tarvitaan edelleen diagnoosispesifisiä arviointimenetelmiä. GAS on väline, jonka avulla määritetään kuntoutujan, osaston, ohjelman jne. tavoite tai tavoitteet. GAS kertoo myös, mitä erilaisilla toimenpiteillä pyritään saavuttamaan (Autti-Rämö ym. 2010, hakupäivä 19.2.2011.)

Moniammatillisen yhteistyön oppimiseen tarvitaan aikaa ja sitä täytyy tietoisesti opetella. Ammatilliset rajat saattavat olla vahvoja ja vanhoja käsityksiä joudutaan murtamaan. Usein vanhasta totutusta mallista poisoppiminen on haasteellisempaa kuin uuden toimintakäytännön omaksuminen. Täytyy löytyä aitoa kiinnostusta toista asiantuntijaa ja asiantuntijuutta kohtaan. (Ronimus-Poukka 2009, 49.) Salmelaisen (2008, 159–161.) tutkimuksessa moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat ammatti- ja sektorirajojen ylitykset sekä verkostojen hyöty. Yhteisillä työskentelyfoorumeilla pystytään eri asiantuntijoiden tietoa yhdessä prosessoimaan ja osaamista jakamaan.

6.2.3 Yksilötasolla toimiminen

Kaikilla koulutuksessa mukana olleilla työntekijöillä oli oma erityisosaamisen alue, joka oli muotoutunut ammattialakohtaisen koulutuksen kautta. Nämä hoiva/ hoito/ kuntoutus – osaamisalueet toivat rajoja yhteistyölle. Lisäksi havaittiin eroa erityistyöntekijöiden osaamisen suhteessa esimerkiksi osaston hoitohenkilöstön osaamiseen. Koukkari (2010, 203–209) on esittänyt tutkimuksessaan fysioterapeutin toimenpiteiden kapea-alaisen ja asiantuntijalähtöisen toimintamallin kuntoutumista estävänä tekijänä. Lääkkeeksi tähän hän tutkimuksessaan suosittelee niin fysioterapeutin kuin muunkin ammattihenkilöstön koulutuksen kehittämistä. Koulutushankkeen aikana nousi esiin tarve uudentyyppiselle ohjaukselliselle roolille. Tätä tukee myös Koukkarin tutkimuksessaan esille nostama haaste kuntoutuksen koordinoinnin järjestämisestä. Lisäksi hän nostaa esille kuntoutuksen suunnitteluun ja ohjaukseen liittyviä ilmiöitä ja kuntoutuspolkujen konkretisoimista, jotka ovat selkeitä haasteita kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseksi ja kuntoutustyöntekijöiden osaamisen tunnistamiselle. Myös Salmelainen (2008, 155) näkee yhdyshenkilöllä kuntoutujan voimaantumista ratkaisevasti tukevan roolin.

6.3 Koulutusmetodi

Kuntoutuksessa toimitaan eri organisaatioiden rajapinnalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon erilaiset perinteet ja järjestämistavat eri kunnissa ovat suuri haaste kuntoutusprosessin tiedon välittymiselle. (Salmelainen 2008,179.) Koulutushankkeen toteutuksessa käytetty osallistava, toiminnallisten menetelmien periaate mahdollisti asioiden käsittelyn yhdessä. Kouluttaja herätti osallistujien tietoisuutta kuntoutumista edistävään toimintaan ja toi kuntoutuksen teoreettista ja tutkimuksellista tietoa koulutukseen osallistuvaan yhteisöön. Ulkopuolisena tiedontuojana kouluttaja herätti osallistujia pohtimaan kuntoutujan asioita erilaisista ja uusista näkökulmista. Kouluttaja toimi fasilitaattorina, ei auktoriteettina eikä hänen tuomansa tieto ollut paremmassa tai ylivertaisemmassa asemassa osallistujien tietoon verrattuna.

Koulutushankkeen keskeisenä tavoitteena oli antaa koulutukseen osallistuneille vuodeosaston, kuntoutuksen ja kotihoidon työntekijöille valmiudet moniammatilliseen yhteistyöhön. Koulutuksen sisältö ja toteutustapa oli suunniteltu niin, että se tuki koulutukseen osallistujien omaa aktiivisuutta ja vastuuta toiminnan kehittämisessä. Osallistujat kuvasivatkin vuorovaikutuksellista oppimista yhtenä koulutuksen vahvuuksista. Koulutuksessa käytetyt opetusmenetelmät tehostivat ammattien välistä vuorovaikutusta ja ohjasivat osallistujia ymmärtämään syvällisemmin eri ammattiryhmi-

en osaamista, rooleja ja vastuita. Yhteistyötaitojen oppimisessa dialogiset ja toiminnalliset menetelmät osoittautuivat oikeiksi, sillä niiden avulla luotiin avointa ja demokraattista keskustelua eri toimijoiden välille. Tämä puolestaan vähensi epä tietoisuutta ja väärinkäsityksiä ja lisäsi luottamusta toisen työntekijän työtä ja osaamista kohtaan. Keskustelun avulla puhe kumppanit loivat yhteisiä merkityksiä ja yhteisesti jaettua näkemystä yhteisistä asioista.

Työelämässä ja ympäröivässä maailmassa tapahtuvat muutokset edellyttävät työntekijöiltä jatkuvaa ammattitaidon – tietojen ja taitojen - ylläpitämistä. Täydennyskoulutusta monipuolisesti toteuttavat organisaatiot pyrkivät vastaamaan ajankohtaisiin osaamisvaatimuksiin ja palvelutarpeen muutoksiin pitkäjänteisellä prosessinomaisella täydennyskoulutuksella, jossa hyödynnetään monipuolisia oppimis- ja opetusmenetelmiä. (Veijola 2004,23; Paltamaa ym. 2011.) Perinteisesti järjestetty kouluttajakeskeinen henkilöstökoulutus saattaa olla hyvin suunniteltu ja toteutettu. Keskeinen kysymys kuitenkin on, miten paljon koulutuksessa opitusta siirtyy työssä käyttöönotettaviksi valmiuksiksi (Salminen & Suhonen 2008, 24). Muun muassa Vähämäki (2008, 27), Häggman-Laitila (2009, 12) ja Lehtomäki (2009, 211–212) ovat todenneet, että toimintakäytäntöjen muuttumiseksi olisi tärkeää järjestää koulutukset moniammatillisesti, asioita yhdessä käsitellen ja refleктоivalla työotteella. Hyvät käytännöt eivät siirry luentomaisella opetuksella vaan yhdessä keskustelemalla. Moniammatillisen yhteistyön merkitystä kaikki toimijat korostavat teoriassa, mutta sillä ei vielä ole käytännön tasolla kuitenkaan kovin paljon merkitystä.

Oulun seudun ammattikorkeakoulun vuonna 2007 tekemässä selvityksessä suunnataan kuntoutuksen asiasisältöjä käsittäviä opintojaksoja sekä eri koulutusohjelmien että työelämän tarpeista lähteviin haasteisiin. Opintoja voidaan hyödyntää tutkintorakenteen mukaisesti eri opintoihin sekä työelämän ammatillisiin täydennyskoulutuksiin. (Koukkari 2007, 58.) Pudasjärvellä Oulun seudun ammattikorkeakoulun toteuttama kuntoutuskoulutus kesti puolitoista vuotta ja siinä hyödynnettiin uusinta tutkimustietoa. Tutkimuksessa saatiin sekä koulutukseen osallistuneiden että kouluttajan arviointia tekijöistä, jotka koulutushankkeessa edistivät kuntoutusosaamisen kehittymistä. Tutkimus vahvisti Oulun seudun ammattikorkeakoulun käyttämien opetus/oppimismenetelmien käyttökelpoisuutta vastaavanlaisissa kehittämishankkeissa.

6.4 Arviointitutkimus kehittämistoiminnan tukena

Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa soveltui tähän kehittämistoiminnan arviointitutkimukseen, sillä koulutushankkeessa erilaiset interventiot ja tutkimusprosessi etenivät limittäin muodos-

taen kokonaisuuden. Osallistujat oppivat koulutushankkeen aikana moniammatillisen yhteistyön toimintamallin, jota he voivat soveltaa uusiin tilanteisiin. Lisäksi he saivat vahvan kuntoutustoiminnan tietoperustan oman työn tueksi. Keskeinen muutoksen mahdollistava tekijä oli koulutuksen suoma foorumi keskustelutaidon kehittymiselle.

Seppänen-Järvelän (2004, 39) mukaan prosessiarvioinnin näkökulmasta kehittämistoimenpiteiden tuloksia voidaan tarkastella myös laadullisen tiedon valossa. Voidaan pohtia sitä, johtavatko valitut interventiot (tässä tutkimuksessa koulutushanke) toivottuun eli hankkeen vision ja tavoitteiden suuntaan. Kohderyhmän edustajien kokemukset siitä, millaista merkitystä ja vaikutusta toimenpiteillä on heille ollut, antavat ensiarvoisen tärkeitä viitteitä tuloksista ja vaikutuksista. Koulutushakkeeseen osallistujien kertomana raportoitiin parantunutta vuorovaikutusta eri sektoreiden toimijoiden kesken, yhteistyön kuvattiin lisääntyneen ja työntekijät olivat sitoutuneempia kuntoutumista tukevaan työöteeseen. Näillä kaikilla tuloksilla voisi ennustaa olevan vaikutusta siihen, että kuntoutuskoulutuksen aiheuttama muutos kantaa jatkossakin terveyskeskuksen ja kotipalvelun työntekijöiden työssä.

Vaikka koulutusjakso oli kohtuullisen pitkä, ei puolitoista vuotta kuitenkaan ole toimintakulttuurin muutokselle vielä riittävä aika. Vaikuttavuuden osoittamiseen tarvitaan vuosia. Kehittämistyössä onkin tyypillistä, että vaikutukset tulevat esille kauan hankkeen päättymisen jälkeen, tulokset tulevat esille viivästyneinä ja usein vaikeasti havaittavina. (Seppänen-Järvelä 2004, 39.) Kehitystyölle luotiin koulutushankkeella kuitenkin hyvät edellytykset jatkoa ajatellen. Useimmissa työyhteisöissä kehittämishanke on toiminut lähtölaukauksena systemaattiselle toiminnan kehittämiseksi (Kaajas, Troberg & Valtakari 2003, 22). Jotta kehittäminen juurtuisi osaksi työyhteisöä, on merkittävää, että työyhteisön jäsenillä henkilöinä on kehittämisen osaamista ja että ryhmään muodostuu pysyviä tapoja ja käytäntöjä. Kehittämisen täytyisi tuntua tarpeelliselta ja sen tulisi hyödyttää päivittäistä työn tekemistä. Uuden oppiminen on tärkeää, mutta yhtä usein myös vanhasta, esimerkiksi vuosien aikana vakiintuneista työtavoista pois oppiminen on merkityksellistä kehittämisen kannalta. Kehittämistyöhön sitoutuminen edellyttää eri tahojen sitoutumista. Johdon tuki on välttämätöntä, jotta uudet työtavat saavat riittävän kasvualustan. (Mäntyranta ym. 2003; Sivenius 2007, 163–164; Seppänen-Järvelä 2009, 47.) Pudasjärven terveyskeskuksen vuodeosaston kehittämistyön jatkuvuudelle tuo tarvittavaa tukea osastonhoitajan myönteinen suhtautuminen kehittämistyöhön.

Kansalaisbarometrin tuottaman kansalaismielipiteen mukaan on tärkeä turvata tulevaisuudessaakin laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut. Laadukkaiden palvelujen takaamiseksi tulee edistää

henkilöstön osaamista, ennaltaehkäistä sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia ja tehostaa kunnan toimintaa. Yhteistyön lisääminen eri toimijatahojen ja toimijoiden välillä nähdään suotavana ja kannatettavana. (Siltaniemi ym. 2009, 27). Pudasjärven terveystieteiden keskuksen voi nähdä vastanneen tähän haasteeseen omalta osaltaan järjestäessään muutoksen tueksi kuntoutuskoulutuksen. Koulutus tuki osallistujien ammatillista osaamista ja lisäsi moniammatillista yhteistyötä. Koulutuksella tullaan osittain vastaamaan myös ikäihmisten laatusuosituksen tavoitteeseen, jolla palvelurakenteen ja toiminnan uudistamisella pyritään hillitsemään kustannusten kasvua. Kuntoutustoimintaan panostamalla tuetaan asiakkaiden itsenäistä ja omatoimista suoriutumista. Näillä keinoin palvelutarvetta voidaan vähentää ja keventää palvelurakennetta. (Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 49.)

Tutkimus vahvisti osaltaan myös omissa hanketyötehtävissä havaitsemiani kehittämistoiminnan solmukohtia ja niihin mahdollisia ratkaisuja. Arviointi tahtoo jäädä usein innokkaan projekti- ja hankekehittämisen huumassa vähemmän merkitykselliseen asemaan. Usein arviointia tehdään vasta projektin päätyttyä, eikä prosessin keston aikana. Tällöin saadaan kehittämistyöstä ja sen tuloksista vajavainen kuva. Prosessikehittämisen arviointi tulee sijoittaa koko kehittämistyön keston ajalle ja sen tulee lähteä liikkeelle rinnan projektisuunnittelun kanssa. Toinen merkittävä asia, jonka tunnistan omaan työhöni liittyvänä, on johdon merkitys kehittämistyölle. Riittävä, johdonmukainen ja läsnä oleva johtajuus on edellytys muutoksenhallinnalle ja hyvin toimivalle kehittämistyölle.

6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteita

Pudasjärven terveystieteiden keskuksen sijoittunut kehittämistyö koski vuodeosaston ja kuntoutusyksikön sekä osaa kotihoidon työntekijöitä. Koulutukseen osallistujien palautteesta nousi toive, että kotihoidon rooli kuntoutuksen moniammatillisessa tiimissä olisi ollut vahvempi. Kotihoito tulisikin jatkossa nostaa paitsi laadullisesti, myös määrällisesti samanvertaiseksi toimijatahoksi asiakkaan kuntoutuspolulla. Ne tiimit, jotka eivät osallistuneet kuntoutuskoulutukseen, tulisi saada mukaan vahvistamaan kuntoutusosaamistaan. Tässä korostuu johtamisen rooli, sillä esimiehen tehtävänä on huolehtia siitä, että työntekijöille järjestyy aikaa ja tilaisuuksia osaamisen päivittämiseen. Koulutukseen osallistujat totesivat olevan myös jatkossa tarpeen vahvistaa ja päivittää aika ajoin osaamistaan. **Kehittämishaasteeksi noston** kahden työntekijäjoukon (koulutukseen osallistuneet työntekijät ja kotihoidon työntekijät, jotka eivät osallistuneet) yhteisten koulutusten järjestä-

misen. Systemaattinen eri ammatti- ja toimialojen koulutusjärjestelmä vahvistaisi kuntoutuksen tausta-ajatuksena olevaa moniammatillista työtettä.

Koulutuksen sisältö koettiin varsin kattavaksi kokonaisuudeksi, kuitenkin osa työntekijöistä jäi kaipaamaan esimerkiksi konkreettisten kädentaitojen harjoittelua. Eri toimijoiden omaa ammat-tialaan kuuluvaa osaamista hyödyntämällä voidaan jatkossa sisäisesti ”kouluttaa” ja ohjata uusiin toimintatapoihin tai kuntoutumista tukevan työotteen käyttöön. Näin koulutushankkeen alussa varsin vahvana tuntuneet ammattialojen väliset raja-aidat pikku hiljaa mataloituvat ja eri tahojen taidot voidaan kohdentaa yhteiseen päämäärään. **Toisena kehittämishaasteena** esitän syste-maattista toimintakäytäntöjen yhdenmukaistamista. Juurtumisessa hyvänä apuna voidaan hyö-dyntää hyvin käynnistynyttä osallistavaa arviointia, TOIMIA-hankkeen tuomien mittausmenetelmi-en käyttöön ottoa sekä GAS – varmennusta. Näillä keinoilla voidaan varmistaa myös sitä, että malli säilyy jos ja kun työntekijät vaihtuvat eri työyksiköissä. **Kolmantena kehittämishaasteena** näen Pudasjärvellä kehitettyjen ja ”koeteltujen” yhtenäisten käsitteiden ja toimintamallien levittä-misen koko Oulunkaaren alueelle.

Oman työn ja työyksikön jatkuva kehittäminen kaipaa tukirakenteita. Koulutuksessa käytetty osal-listava ja dialoginen opetusmenetelmä sai aikaan aikaisempaa avoimemman ilmapiirin. Yhdessä asioiden pohtiminen ja eri toimijoihin tutustuminen sai aikaan keskusteleavamman toimintakulttuu-rin. Työntekijät saivat näin vahvuuksia yhteisestä palaverikäytännöstä, joka uutena työmuotona kaipaa jatkossakin vahvistamista. Kuntoutuskoulutukseen osallistuneiden työntekijöiden joukosta aloitti vuodeosastolla työskentelevä sairaanhoitaja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorit-tamisen koulutushankkeen loppuvaiheessa. Koulutuksensa kautta hän voi omalta osaltaan olla kehittämässä ja tukemassa jo aloitettua kehittämistyötä omalla osastollaan ja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. **Jatkotutkimusaiheena** jatko-opinnoissaan hän voi esimerkiksi tutkia tässä arviointitutkimuksessa esille nousseiden hyvien kuntoutuskäytäntöjen juurtumista terveyskeskuk-sen ja kotihoidon työntekijöiden hyviksi kuntoutuskäytäntöiksi. Mitkä tekijät tukivat ja mitkä estivät käytäntöjen juurtumista?

Tutkimuksen kohteena ollut kuntoutuskoulutus oli suunnattu työntekijöille. Muutokset, jotka tapah-tuivat niin vuodeosaston, kuntoutusyksikön kuin kotihoidonkin työntekijöiden työssä, tulevat hyö-dyntämään välillisesti myös asiakasta. **Jatkotutkimusta voisi tehdä** asiakkaan osallisuudesta, minkä soisin olevan jatkossa merkittävämmässä roolissa kuin se oli tässä tutkimuksessa. Hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti asiakkaan tulisi olla työntekijöiden rinnalla samantasoinen toimija

omassa kuntoutusprosessissaan. Tutkimuksella voitaisiin todentaa, vastaako todellisuus yhtä kuntoutuksen paradigman oleellisinta asiaa.

Pudasjärven terveyskeskus on hyvällä polulla kohti alla kuvattua tavoitetilaa.



Työtä on tekemässä kuntoutumisen hyvin käytäntöihin sitoutunut moniammatillista yhteistyötä tekevä henkilökunta. Tiimin jäsenet tuntevat oman ja toisen työntekijän osaamisalueet, työnkuvat ovat selkeät. Asiakkaan saapuessa osastolle hänelle laaditaan yhteistyössä eri toimijoiden, omaisten ja asiakkaan kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmaan on kirjattu tavoitteita, jotka ylettyvät osastojaksoa pitemmälle aikavälille, tavoitteena on asiakkaan kotiutuminen. Kuntoutusjaksot ovat nykyistä lyhyempiä.

Omaiset osallistuvat aktiivisesti asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen. Asiakkaan tukeminen on voimavaroiltaan ja siihen osallistuvat kaikki osastolla työtä tekevät. Osasto ympäristönä tukee kuntoutusta, on tilaa ja motivaatiota liikkumiseen, sosiaaliin kanssa käymiseen ja ruokailuun. Ympäristössä on huomioitu esteettisyys, kodinomaisuus ja turvallisuus.

Kuntoutuksen seurannassa on käytössä validit mittarit. Asiat kirjataan systemaattisesti ja sovittujen käytäntöjen mukaisesti, kirjaaminen pohjautuu kuntoutussuunnitelmaan. Asioista tiedotetaan monikanavaisesti ja niistä keskustellaan säännöllisissä kuntoutuspalavereissa, joissa on edustus myös kotihoidosta. Asiakasta ohjataan omatoimisuuteen jokapäiväisissä toiminnoissa ja omaisia ohjataan osallistumaan asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen.

Työntekijät ovat sitoutuneita oman työn kehittämiseen, jatkuva arviointi ja systemaattinen palautteen kerääminen tukevat kehittämistyötä. Esimiehet järjestävät riittävästi resursseja, esimerkiksi aikaa yhteisille palavereille. Työn taustalla on yhteisesti asetut arvot, joita tarkastellaan säännöllisesti ja käytännönläheisesti.

(Koulutukseen osallistuneiden laatima kuntoutusosaston visio)

LÄHTEET:

Alaranta, H., Lindberg, H. & Holma, T. 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 647–657.

Algurén, B., Lundgren-Nilsson, Å. & Stribrant Sunnerhagen, K. 2010. Functioning of stroke survivors – A validation of the ICF core set for stroke in Sweden. Disability and Rehabilitation Vol 32, 2010:7, 551-559. Hakupäivä 6.4.2011. <http://informahealthcare.com/journal/dre>

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. 2010. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 2. Kela. Helsinki. Hakupäivä 19.2.2011.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/\\$file/GAS_kasikirja_100518.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/$file/GAS_kasikirja_100518.pdf)

Auvinen, P., Malinen, A. & Mikkonen, H. 2008. Aikuiskoulutuksen toteuttajasta työyhteisöjen osaamisen kehittäjäksi. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun aikuiskoulutuksen opetussuunnitelmien arviointi. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Raportteja 33. Hakupäivä 19.2.2011.

http://www.pkamk.fi/julkaisut/sahkoinenjulkaisu/C33_verkkojulkaisu.pdf

Harra, T., Kantanen, M., Karhula, M., Kanelisto, K., Häggblom-Kronlöf, G. & Suomela-Markkanen, T. 2009. Hyvien toimintaterapiakäytäntöjen kehittäminen aivoverenkiertohäiriön (AVH), multippeliskleroosin (MS) ja CP-oireyhtymän kuntoutuksessa. Kuntoutus-lehti 2009:2, 21–22. Hakupäivä 11.12.2010.

http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2009/karhula-ym-hyvien-toimintaterapiakaytantojen.pdf

Heikkilä, K. 2006. Työssä oppiminen yksilön lähtökohtien ja oppimisympäristöjen välisenä vuorovaikutuksena. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Hakupäivä 18.11.2010.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6558-X.pdf>

Heinonen, S. 2001. Arvioinnin teoreettisia lähtökohtia. Teoksessa Jakku-Sihvonen, R. & Heinonen, S. 2001. Johdatus koulutuksen uudistuvaan arviointikulttuuriin. Opetushallitus. Arviointi 2., 21–47.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hulkari, K. 2006. Työssäoppimisen laadun käsite, itsearviointi ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Hakupäivä 18.1.2010.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6684-5.pdf>

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät – systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva Hoitotyö 7.vsk, 2009:2, 4-12

ICF. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Jakku-Sihvonen, R. 1996. The concept of effectiveness in the evaluation of educational outcomes. Teoksessa Niemi, H. & Tirri, K. (Toim.) 1996. Effectiveness of teacher education. New challenges and approaches to evaluation. Tampereen yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Julkaisu- ja A 6.

Jakku-Sihvonen, R. 2001. Arviointitiedon luotettavuuden osoittaminen. Teoksessa Jakku-Sihvonen, R. & Heinonen, S. 2001. Johdatus koulutuksen uudistuvaan arviointikulttuuriin. Opetushallitus. Arviointi 2, 111–135.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja – alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 80–93.

Kaajas, S., Troberg, E. & Valtakari, M. 2003. Työssä jaksamisen ohjelman kehittämishankkeiden analyysi. Osa työssä jaksamisen ohjelman arviointitutkimusta. LTT-Tutkimus Oy. Työministeriö. Helsinki. Hakupäivä 27.7.2010.

<http://www.mol.fi/jaksamisohjelma/tutkimukset/Kehittamishankkeet200.pdf>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2006. Opinnäytetyöpakki. Hakupäivä 12.5.2011.

<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiEettisyys.aspx>

Kela 2010a. Kuntoutuksen kehittämistoiminta. Hakupäivä 11.12.2010.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/040608152759SV?OpenDocument>

Kela 2010b. Kuntoutuksen standardit. Hakupäivä 11.12.2010.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/030903104122KM>

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Kirjonen, J., Mutka, U., Filander, K. & Valkeavaara, T. 2007. Oppiminen työssä ja pääoman uudet muodot. Asiantuntijaksi oppiminen; koulutuksesta osaamisen laatuun. Tiivistelmä. Jyväskylän yliopisto. Hakupäivä 12.12.2010.

<http://193.167.96.163/fi/A/Tiedeyhteiskunnassa/Tutkimusohjelmat/Paattyneet/Koulutuksen-vaikuttavuuden-tutkimusohjelma/Rahoitetut-hankkeet/Oppiminen-tyossa-ja-paaoman-uudet-muodot/>

Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 251 – 273.

Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 547–563.

Koukkari, M. 2007. Pohjois-Suomen korkeakoulujen kuntoutusalan opintojen opintosuunnitelmien rakenteet ja sisällöt. Opintosuunnitelmien tarkastelua ja kehittämisehdotuksia koulutuksen jatko-kehittämiseksi. Selvitysraportti. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. Hakupäivä 19.6.2010.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/Koukkari%20DORIA.pdf?sequence=1>

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki: Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Hakupäivä 13.11.2009.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1076939223163/passthru.pdf>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti 11.vsk, 1999:1, 3-12.

Käypähoito. 2010. Aivoinfarkti. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin kansalliset, näyttöön perustuvat hoitosuositukset. Hakupäivä 2.9.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>

Körner, M. 2010. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. Clinical Rehabilitation Vol 24, 2010: 8, 745-755.

Hakupäivä 6.4.2011. <http://cre.sagepub.com/>

Lahtela, K., Grönlund, R., Röberg, M. & Virta, L. (toim.) 2002. Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen vaiheen havaintoja. Helsinki: Kela, Tutkimusosasto.

Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J. & Haines, T. 2010. Patient centered goal-setting in a sub-acute rehabilitation setting. Disability and Rehabilitation Vol. 32, 2010:32, 159-172. Hakupäivä 6.4.2011.

<http://informahealthcare.com/journal/dre>

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hakupäivä 31.12.2010.

<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf>

Lindqvist, T. 1999. Evaluaation uskottavuus. Teoksessa: Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M., & Rajavaara, M. (toim.). Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 106–118.

Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellisena yhteistyönä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun yliopisto. Hakupäivä 26.3.2011. http://www.terveysnet.fi/arkisto/Lipponen_Kaija.pdf

Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. (toim.) 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District 3/2008.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45. vsk, 2008:2, 121–153. Hakupäivä 26.3.2011. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597>

Loppela, K. 2004. Ihminen ja työ – keskustellen työkuuntoon. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hakupäivä 18.1.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5949-0.pdf>

Musikka-Siirtola, M., Siirtola, T. & Wikström, J. 2008. Lääkinnällisen kuntoutuksen kehitys ja haasteet tulevaisuudelle. Kuntoutus – lehti 30. vsk, 2008:4, 35–46.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöstutkimus. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 144.

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Käypä hoito – suosituksista käytäntöön. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 22.3.2010. <http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=7b82110b-60a7-11de-8d93-611da34ece74>

Nancarrow, S. 2006. Agreeing and reaching goals (The process of rehabilitation). Teoksessa: H. Mackey & S. Nancarrow (toim.) 2006. U.K.: Blackwell Publishing, 16-37.

Nyfors, H. 2009. Kuntoutuksen ajankohtaiskatsaus. Esitys HUS alueen kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnalle 13.10.2009. Hakupäivä 28.4.2010.

<http://www.kunk.fi/aineistoja/nyfors.pdf>.

Nyfors, H. 2010. Mitä eri työryhmissä ja kehittämisohjelmissä ollaan ehdottamassa kuntoutuksen kehittämiseksi? Esitys 38. valtakunnallisilla kuntoutuspäivillä 19.3.2010. Luettu 10.10.2010.

<http://www.kuntoutussaatio.fi/files/346/nyfors.pdf>

Opetusministeriö ja Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäytetyön laadun tekijät ammattikorkeakoulussa 2006. Hakupäivä 5.10.2010.

http://www.oamk.fi/opinnaytehanke/docs/opinnaytetyon_laadun_tekijat.pdf

Oulunkaaren seutukunta. 2007. Pudasjärven perusturvan palveluiden järjestämissuunnitelma 2007–2010 ja 2025. Oulunkaari: SeutuVeto-hanke ja SeutuVerso-hanke raportti.

Oulunkaari 2011. Oulunkaaren kuntayhtymän www-sivut. Hakupäivä 16.4.2011.

<http://www.oulunkaari.com/sivu/fi/>

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2011. Tutkimuseettiset suositukset. Hakupäivä 1.1.2011.

www.oamk.fi/sote/docs/tutkimuseettiset_suosituksset

Paatero, H., Lehmijoki, P., Kivekäs, J. & Ståhl, T. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 31–50.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Hakupäivä 19.2.2011.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf?sequence=73>

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Hakupäivä 19.3.2011.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Suosituks%20hyvista%20kuntoutuskayta%20nnoista.pdf?sequence=3>

Pohjois-Pohjanmaan liitto. 2007. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2008–2017. Pidämme huolta itsestämme, toisistamme ja ympäristöstämme. Pohjois-Pohjanmaan liitto. Hakupäivä 24.10.2010.

<http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/file.php?1927>

Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä. 2009. KASTE - sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011. Pohjois-Suomen alueellinen kehittämistoiminnan suunnitelma 28.1.2009. Hakupäivä 24.4.2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-7910.pdf

Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä. 2010. KASTE - sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011. Pohjois-Suomen alueellinen kehittämistoiminnan suunnitelma. Väliraportti 26.11.2010. Hakupäivä 22.12.2010.

http://www.ouka.fi/kaste/pdf/pohjois-suomen_valiraportti.pdf

Pudasjärvi, 2008. Pudasjärven kaupungin www-sivut (päivitetty). Hakupäivä 16.4.2011.

<http://www.pudasjarvi.fi/pudasjarvi-info/pudasjarven-kylat>

Puimalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16–29.

Rajavaara, M. 1999. Arviointitutkimuksen hyödynnettävyys. Teoksessa: Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M., & Rajavaara, M. (toim.). Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus, 31–53.

Rajavaara, M. 2002. Realistisen arviointiotteen mahdollisuudet. Teoksessa: Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Nouko-Juvonen, S. (toim.) Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. 2. muutettu painos. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 54–68.

Ramstad, E. 2009. Työelämän innovaatiotoimintaa tukevaa kehittämisen mallia etsimässä. Tarve ja osaamislähtöinen toimintajärjestelmän kehittäminen. Katsauksia ja keskusteluja. Työpoliittinen Aikakauskirja 54.vsk, 2009:2, 56–66. Hakupäivä 24.4.2010.

<http://www.tem.fi/files/23329/ramstad.pdf>

Rissanen, P. & Aalto, A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa: Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Helsinki: Stakes, raportteja 267, 21–23.

Rissanen, P. 2007. Kuntoutusjärjestelmä. Kustannus Oy Duodecim. Hakupäivä 4.8.2008.

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat_tmp.Naytaartikkeli?p_artikkeli=fys00007

Robson, C., 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. (Alkuperäinen nimi: Small-Scale Evaluation). Suomentanut työryhmä: Lindqvist, T., Maaniittu, M., Niemi, E., Paasio, P. & Paija, L. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ronimus-Poukka, P. 2009. Sosiaalityö moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimus sairaalan kuntoutustyöryhmästä. Pro Gradu tutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Hakupäivä 19.2.2011. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03725.pdf>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto (ylläpitäjä ja tuottaja). Hakupäivä 19.9.2010. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, L. & Suhonen, R. 2008. Oppiminen ja oppimismenetelmät ja niiden hyödyntäminen ammatillisen kehittymisen tukena – raportti täydennyskoulutuksesta ja sen mahdollisuuksista. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos ja Hämeen ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 10.1.2011.

http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaisupalvelut/Kirjat/kielet_kulttuuri_hyvinvointi/OppiminenJaOppimismenetelmatJaNiiden.pdf

Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia | 98. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Hakupäivä 19.2.2011.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/231008123624PB/\\$File/tutkimuksia98_netti.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/231008123624PB/$File/tutkimuksia98_netti.pdf?OpenElement)

Seppälä, U. 2009. Kuka vastaa kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminnasta? Kuntoutus-lehti 32.vsk, 2009:3, 1-3.

Seppänen-Järvelä, R. 1999. Kehittämistyö ja arviointi. Teoksessa: Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M., & Rajavaara, M. (toim.). Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 90–105.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämisprojektissa: Opas käytäntöihin. FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki: Stakes. Hakupäivä 18.1.2010.

http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf

Seppänen-Järvelä, R. 2009, Työpaikka – yksilö, yhteisö ja organisaatio kehittämisen ytimessä Teoksessa: Seppänen- Järvelä, R. & Vataja, K. (toim.). Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-Kustannus, 31–50.

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Siltaniemi, A., Perälähti, A., Eronen, A., Särkelä, R. & Londén, P. 2009. Kansalaisbarometri 2009. Suomalaisten arvioita hyvinvoinnista, palveluista ja Paras-uudistuksesta. Yhteenveto ja johtopäätökset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Hakupäivä 24.4.2010.

http://www.stkl.fi/2009_KB_yhteenveto.pdf

Simola, M. 2007. Kuntoutustyössä tarvittava osaaminen. Toimintatutkimus osaamisen kartoittamisesta osana työyhteisön työhyvinvoinnin ja osaamisen kehittämistä. Pro Gradu tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskampus. Hakupäivä 18.1.2010. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01748.pdf>

Silius, K. 2005. Sisällönanalyysi. TTY/DMI/ Hypermedialaboratorio. Hakupäivä 12.11.2010. http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Silius150405.pdf

Sivenius, J. 2007. AVH-potilaan kuntoutus oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Erikoislääkäri-lehti 17. vsk, 2007:4, 161–164.

Sjögren, T., Heinonen, A., Paltamaa, J., Suomela-Markkanen, T. & Peurala, S. 2009a. Fysioterapiatutkimusten järjestelmällisten katsausten määrä ja laatu AVH-potilaiden kuntoutuksessa. Kuntoutus-lehti 31. vsk, 2009:2, 69–70. Hakupäivä 11.12.2010.

http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2009/sjogren-ym-fysioterapiatutkimusten.pdf

Sjögren, T., Heinonen, A., Paltamaa, J., Nykänen, K., Suomela-Markkanen, T., Peurala, S. & Tuupanen, T. 2009b. Fysioterapiamenetelmien vaikuttavuus kävelyyn ja tasapainoon AVH-potilailla järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten perusteella. Kuntoutus-lehti 31. vsk, 2009:2, 71–72. Hakupäivä 11.12.2010.

http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2009/sjogren-ym-fysioterapiamenetelmien-vaikuttavuus.pdf

Sjögren, T., Heinonen, A., Paltamaa, J., Nykänen, K., Suomela-Markkanen, T., 2009c. Fysioterapiamenetelmien vaikuttavuus yläraajakuntoutuksessa AVH-potilailla järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten perusteella. Kuntoutus-lehti 31.vsk, 2009:2, 73–74. Hakupäivä 11.12.2010.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tarkennettu_haku/?action=viewarticle&docid=1886

Suddick, K. & De Souza, L. 2006. Therapists' experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: reasoning behind the team approach, structure and composition of the team and team working processes. Physiotherapy Research International Vol, 2006:11, 72–83. Hakupäivä 8.3.2009. www.interscience.wiley.com

Suikkanen, A. & Lindh, J. 2002. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista kohti kehittävä arviointi. Teoksessa: Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Nouko-Juvonen, S. (toim.) Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. 2. muutettu painos. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 11–27.

Suikkanen, A. & Lindh, J. 2008. Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 63–79.

Suomen Akatemia 2010. Hakupäivä 5.11.2010. <http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2008. Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Hakupäivä 21.11.2010.

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

Takala, T. 2009. Laadukas kuntoutus – totta vai tarua? Esitys AVH-päivillä 29.10.2009. Hakupäivä 11.1.2010.

http://www.stroke.fi/files/556/Laadukas_kuntoutus_Takala_291009.pdf

Tikkamäki, K. 2006. Työn ja organisaation muutoksessa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hakupäivä 18.1.2010.

<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6650-0.pdf>

Toimia. 2011. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Hakupäivä 19.2.2011. <http://www.toimia.fi/index.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Valtioneuvosto. 2002. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 15.2.2010.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>

Valtiovarainministeriö. 2009. Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta. Hakupäivä 15.2.2010.

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/VNK-selonteko_suomi%2bkansi.pdf

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009. Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki: Edita Prima Oy. Hakupäivä 24.4.2010.

http://www.vtv.fi/files/1827/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf

Varto, J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hakupäivä 1.1.2011.

http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön. Lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hakupäivä 22.1.2011.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514274245/isbn9514274245.pdf>

Veijola, A. 2009. Johdanto dialogiseen työskentelyyn. Luento: Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Oulu. Hakupäivä 22.1.2011. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514274245/isbn9514274245.pdf>

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtuaali ammattikorkeakoulu. Arviointitutkimuksen strategioita. Hakupäivä 7.5.2011.

<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749.html>

Wood, J., Hamilton, D. & Maly, M. 2010. Getting back to real living': a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. Clinical Rehabilitation Vol 24, 2010: 12, 1045–1056. Hakupäivä 6.4.2011. <http://cre.sagepub.com/>

World Health Organization (WHO), 2000. Workbook 4. Process Evaluations. Hakupäivä 24.4.2020 http://www.unodc.org/docs/treatment/process_evaluation.pdf.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hakupäivä 7.5.2011.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>

Vähämäki, M. 2008. Dialogi organisaation oppimisessa. Itseohjautuvan muutoksen mahdollisuus tuotantotyössä. Väitöstutkimus. Turun kauppakorkeakoulu. Sarja A-2:2008. Hakupäivä 26.3.2011.

http://info.tse.fi/julkaisut/vk/Ae2_2008.pdf

LIITTEET



OAMK/SOTE
Professorintie 5
90220 OULU
arja.veijola@oamk.fi

KUNTOUTUS -koulutus

Pudasjärven terveystieteiden ja kotihoidon
kuntoutuksen täydenniskoulutuksen toteutus

Sisältö

1. KOULUTUSHANKKEEN TAUSTA.....	3
1.1 Toimintatutkimus strategisena viitekehyksenä	3
1.2 Oppimisnäkemys.....	3
1.3 Moniammatillinen yhteistyö	4
1.4 Kouluttajan rooli kuntoutuskoulutuksessa	4
2 KOULUTUSHANKKEEN SUUNNITTELU	5
3 KOULUTUKSEN TAVOITTEET, OSATAVOITTEET JA SISÄLLÖT	6
4 KOULUTUKSEN TOTEUTUS	8
5 KUNTOUTUSKOULUTUKSEN TULOS – UUSI ASiantuntijuus	9
LÄHTEET	9

1. KOULUTUSHANKKEEN TAUSTA

1.1 Toimintatutkimus strategisena viitekehysenä

Pudasjärven koulutushankkeessa käytettiin viitekehysenä osallistavaa toimintatutkimusta, mikä ymmärrettiin väljänä strategisena lähestymistapana. Keskeistä toiminnassa oli, että koulutukseen osallistuvat työntekijät pyrkivät itse aktiiviseen rooliin koulutuksen toteutuksessa. Keskeistä oli myös, että osallistujia ohjattiin aktiiviseen toimintaan omien toimintakäytäntöjen arvioinnissa ja koulutuksen tuottaman uuden tiedon integroinnissa arjen toimintoihin. Samalla heidän täytyi pyrkiä ymmärtämään toimintatapaan ja tilanteita, joissa he toimivat. Näin koulutukseen osallistujat koulutuksen aikana rakensivat uutta tietoa ja uutta toimintakäytäntöä. Koulutushankkeen ohjaavana perusajatuksena oli kaikkien työntekijöiden osallistuminen ja valtaistuminen.

Toimintatutkimus voidaan määrittää yhteisölliseksi ja itsereflektiiviseksi tutkimustavaksi, jonka avulla Pudasjärven terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilöstön jäsenet pyrkivät kehittämään yhteisönsä käytäntöjä järkipäisemmiksi ja oikeudenmukaisemmiksi. Samalla he pyrkivät ymmärtämään entistä paremmin toimintatapojaan ja tilanteita, joissa he toimivat. Keskeistä oli ohjata ja tukea koulutukseen osallistujia tutkimaan työkäytäntöjään ja toimintansa perusteita, jotta he voisivat muuttaa niitä. (Ks. Hart & Bond 1996, Kemmis & McTaggart 1988, Kemmis & Wilkinson 1998, Whyte 1991.)

Koulutushankkeessa toiminnan kohteena oli kuntoutuksen tietoperusta. Osallistavan toimintatutkimuksen perusajatuksen mukaisesti tässä koulutushankkeessa asioihin ei etsitty yhtä totuutta, vaan tavoitteena oli uuden tiedon rakentaminen yhdessä. Toiminnassa ei tavoiteltu yksilön vaan yhteisön etua. Tästä syystä strategisena viitekehysenä käytettiin osallistavan toimintatutkimuksen kanssa kommunikatiivista toimintatutkimusta, missä keskeistä on avoin keskustelu. Työyhteisön jäsenten osallistuminen ja henkilöstöryhmien sekä terveydenhuollon ja kotihoidon henkilöstön rajat ylittävä keskustelu oli olennainen osa koulutuksen toteutusta. (Gustavsen 1987, 1992, 1996.)

Toimintatutkimus muodostaa syklin tapaan etenevän prosessin, jossa toiminta ja sen tutkimus sekä arviointi ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa yhdistäen teorian ja käytännön interventioiden avulla. Peräkkäin asetuvat toimintatutkimussyklit muodostavat etenevän spiraalin, joka voi kuitenkin antaa toiminnasta virheellisesti koko ajan eteenpäin kehittyvän kuvan. Todellisuudessa prosesseissa tapahtuu paljon asioita, joita ei voi tiivistää yhteen ajassa etenevään spiraaliin. Toimintatutkimus jäsenetään tavallisesti suunnittelu-, toteutus-, havainnointi- ja reflektiovaiheiden avulla, jotka tässäkin koulutushankkeessa jäsensivät prosessia. Pudasjärven kuntoutuskoulutushankkeen toteutus jaettiin toteutussajan mukaan kolmeen toisiaan seuraavaan ja toisiaan täydentävään koulutussykliin. Ensimmäinen sykli ajoittui elokuusta 2008 joulukuuhun 2008, toinen sykli tammikuusta 2009 elokuuhun 2009 ja kolmas sykli syyskuusta 2009 joulukuuhun 2009.

1.2 Oppimisenäkemyks

Kuntoutuskoulutus on pohjautunut konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen eli käsitykseen, että koulutukseen osallistuja rakentaa /koulutukseen osallistujat rakentavat omaa ymmärtämystään kuntoutukseen liittyvistä teemoista sekä yksin että yhdessä toisten koulutukseen osallistujien ja kouluttajan kanssa.

Tausta-ajatuksena toimintaa on ohjannut konstruktivismi. Konstruktivismi ei ole varsinaisesti mikään oppimisteoria, vaan se on näkemys siitä, mitä tieto on ja miten ihminen hankkii tietoa. Konstruktivismi ei myöskään ole yksi yhtenäinen koulukunta vaan se jakautuu moniin erilaisiin painotuksiin, joita ovat mm. radikaali tai kognitiivinen konstruktivismi ja sosiaalinen konstruktivismi. Yhteistä kaikille on näkemys siitä, että tieto ei ole sellaisenaan siirrettävissä, vaan se on aina yksilön tai sosiaalisen yhteisön rakentamaa. Oppimisessa ei tällöin ole kysymys passiivisesta tiedon vastaanottamisesta, vaan oppiminen nähdään oppijan aktiivisena kognitiivisena ja/tai sosiaalisena toimintana, jossa hän jatkuvasti rakentaa kuvaansa maailmasta ja sen ilmiöistä tulkiten uutta tietoa aikaisempien tietojensa, käsitystensä ja uskomustensa pohjalta ja osallistuen aktiivisesti kuntoutuskoulutukseen liittyviin yhteisiin oppimistilanteisiin. Konstruktivistinen pedagogiikka painottaa näin ollen oppijan aktiivista roolia ja sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä oppimisessa. (mm. von Wright 1996, Tynjälä 1999.)

1.3 Moniammatillinen yhteistyö

Pudasjärvellä kuntoutukseen liittyvään yhteistyöhön osallistuvat ammattihenkilöt poikkeavat toisistaan ikänsä, taustansa, työ- ja elämäkokemuksensa sekä koulutuksensa suhteen. Selkeä ero ilmeni myös terveyskeskuksen ja kotipalvelun henkilöstön välillä. Heillä on erilaista osaamista ja valtuuksia suorittaa tiettyjä tehtäviä, joihin muun koulutuksen saanut henkilö ei pysty. Tämä tekee vaikeaksi päättää, minkälainen toimintamalli sopii mihinkin tarkoitukseen. Kuntoutuskoulutuksessa moniammatillisen yhteistyön uudenaikaisessa rakentumisessa on koko ajan pidetty tärkeänä, että eri alojen asiantuntijat vastaavat aina oman alansa erityisosaamisesta. Yhteistyöhön osallistujat ovat vertailleet ammattitaitojaan ja löytäneet yhteisen osaamisen alueet sekä tunnistanee omat erityistiedot ja -taidot. Kuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön tekeminen edellyttää yhdessä oppimista. Yhteistyötä opitaan parhaiten yhteistoiminnallisesti keskustelemalla ja jakamalla oppiminen muiden ammattihenkilöiden kanssa.

Yhteistyöhön osallistujien on tärkeä tietää, missä organisaatioiden toiminnan väliset rajat ovat sekä missä rajat voidaan ylittää. Lisäksi on tiedettävä riittävän hyvin, kenellä on päätöksentekovalta. Kaikkien on luotettava toisiinsa ja johtoonsa. Yhteistyötä edesauttavat selvästi sovitut ja kirjatut yhteiset sopimukset. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla tulee olla selkeä kuva sekä omasta että toisten rooleista. Toiminnan tehokkuus liittyy näihin tekijöihin. Itsenäiseen työskentelyyn tottuneet ammattihenkilöt joutuvat hyväksymään, että moniammatillisessa yhteistyössä heillä on vähemmän itsenäistä päätöksentekovaltaa, mutta toisaalta taas saavat paljon muita etuja. (Amery 2000, Barr 1996, Barr 2002, [Brown](#) ym. 2011, Dechant ym. 1993, Fullan 1986, Légaré ym. 2011, Pietroni 1992, Ovretveit 1995a, 162–163, 1995b, 1996, Freeman ym. 2000, Heikkilä & Heikkilä 2002, Heikkilä 2001, Isaacs 2001, Veijola 2004, 2006.)

1.4 Kouluttajan rooli kuntoutuskoulutuksessa

Opettajan ja kouluttajan rooli ymmärretään vielä hyvin pitkälle opettamisena ja eksaktin tiedon antamisena, ”kun minä opetan, niin sinä opit”. Käsitykset oppimisesta ovat kuitenkin merkittävästi muuttuneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Tämän päivän näkemysten mukaan yksilön älykäs toiminta rakentuu vuorovaikutuksessa sekä fyysisen että sosiaalisen ympäristön kanssa.

Kuntoutus toimintana on aina moniammatillista yhteistyötä, minkä toteutuminen edellyttää toimintatapojen ja vuorovaikutuskäytäntöjen kehittämistä. Perinteisesti työskentelymalli sosiaali- ja terveysalalla on ollut kilpaileva, missä eri ammattihenkilöt ovat määrittäneet erilliset tarpeet ja menettelytavat. Koulutuksissa on lähdetty rakentamaan eri ammattihenkilöiden ammatti-identiteettiä opiskelijoiden tulevan ammatin erityisyydestä ja kapea-alaisuudesta käsin. Tässä kuntoutuskoulutuksessa kouluttajan tärkeä tehtävä oli ohjata koulutukseen osallistujia avartamaan näkökulmaansa, mutta samalla myös syventämään sitä kuntoutukseen liittyvän erityisen tiedon avulla. Kouluttajana olen ollut aidosti halukas yhteistyöhön ja yhteiseen oppimisprosessiin koulutukseen osallistujien kanssa. Kouluttajan keskeinen tehtävä on ollut toimia ohjaajana, ei pyrkä auctoriteetin asemaan, eikä yksin luennoimaan tai opettamaan. Keskeinen tehtäväni on ollut auttaa näkymättömän tiedon tekemisessä näkyväksi sekä tuoda keskusteluun kuntoutukseen liittyviä uusia teoreettisia näkökulmia. Tehtäväni on ollut toimia kuntoutuksen asiantuntijan roolissa, mutta koko ajan yhteistyössä koulutukseen osallistujien kanssa muistaen, että heilläkin on paljon asiantuntijuutta.

2 KOULUTUSHANKKEEN SUUNNITTELU

Tämän koulutushankkeen suunnitteluvaihe alkoi keväällä 2007, kun Pudasjärven kaupungin terveydenhuollon henkilöstö yhdessä esimiesten kanssa käynnisti koulutuksen suunnittelun keräämällä koulutuksen sisällöllisiä tarpeita yhteen. Suunnittelu jatkui, kun koulutustarjous pyynnön saanut Oulun seudun ammattikorkeakoulun täydennyskoulutuksisikkö käynnisti koulutuksen suunnittelun tarjouksen antamista varten.

Koulutuksen aiheena tuli olla ”Lääkinnällinen kuntoutus/ kuntouttava hoitotyö”. Koulutus tapahtuisi 9/2008 – 12/2009 välisenä aikana kerran kuukaudessa (tiistaina tai torstaina) puolikkaina koulutuspäivinä siten, että osa henkilökunnasta osallistuu aamupäivän koulutukseen ja osa iltapäivällä (sama ohjelma/sisältö sekä aamu- että iltapäivällä). Koulutukseen osallistuvat vuodeosaston sairaanhoitajat ja perushoitajat (n. 40 henkilöä), lääkäri (ainakin osittain) sekä lääkinnällisen kuntoutuksen erityistyöntekijät (3 fysioterapeuttia, toimintaterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi) – eli yhteensä n. 50 henkilöä.

Koulutuksen toivottiin sisältävän mm. seuraavia asiakokonaisuuksia:

- lääkinnällisen kuntoutuksen käsitteet/mitä lääkinällinen kuntoutus on
- lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvä lainsäädäntö
- hoidon porrastus lääkinällisessä kuntoutuksessa
- ympäristön merkitys kuntoutumisessa
- kuntoutustarpeen arviointi
- kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen
- tiimityöskentelyn perusteet ja käytäntö
- kuntouttavan hoitotyön periaatteet ja käytännöt
- asiakkaan/potilaan oikeudet tiettyihin etuisuuksiin
- omaisten ja läheisten ohjaus
- päivittäisten toimintojen harjoittaminen
- kuntoutustulosten arviointi
- hoidon jatkuvuus/verkostot
- ”saattaen siirtäminen” hoitopaikasta toiseen/avokuntoutus/kotihoito

- lisäksi otamme mielellämme vastaan kouluttavan-/asiantuntijatahon vinkkejä koulutuksen sisällöstä

Tarjouspyynnön mukaan koulutus voisi sisältää teoriaopetusta, keskustelua, välitehtäviä, käytännön harjoituksia, näyttöjä jne. Koulutus tapahtuisi Pudasjärven terveystieteiden keskuksessa.

Pudasjärven koulutuksen suunnitteli henkilöstön toiveiden mukaan ammattikorkeakoulun kuntoutuksen yliopettaja. Koulutuksen tavoitteeksi asetettiin:

Koulutuksen tavoitteena on, että koulutukseen osallistujien tietoperusta kuntoutustoiminnan lähtökohdista, asiakkaan subjektiudesta ja hänen aktiivisesta osallisuudesta kuntoutustavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamiseen tähtäävän toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin laajenee ja syvenee. Osallistujat ymmärtävät kuntoutuksen joko lyhyt aikaisena tiettyyn elämän vaiheeseen liittyvänä tai elinikäisenä toimintana, jossa sekä kuntoutujan perheen ja lähiyhteisön että kuntoutuksen palvelujärjestelmän toiminnalla on suuri merkitys. Tavoitteena on lisäksi, että osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutusinterventioiden suunnitteluun moniammatillisissa työryhmissä sekä erilaisissa kuntoutuksen dialogisissa työmenetelmissä.

Kouluttajana toimi terveystieteiden tohtori, yliopettaja Arja Veijola Oulun seudun ammattikorkeakoulusta.

3 KOULUTUKSEN TAVOITTEET, OSATAVOITTEET JA SISÄLLÖT

Kuntoutuskoulutuksen tavoitteet, osatavoitteet ja sisällöt rakennettiin koulutuksen tilaajan esittämien toiveiden mukaan jäsentäen ja luokitellen ne, sekä kiinnittäen kuntoutuksen teoreettiseen viitekehykseen. Koulutuksen sisällön jäsentäminen on noudattanut Kuntoutus-kirjan mukaista jäsenystä (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen, 2008, Kuntoutus).

Koulutuksen tavoitteena on, että koulutukseen osallistujien:

- Tietoperusta kuntoutustoiminnan lähtökohdista laajenee ja syvenee.
- Tietoperusta asiakkaan subjektiudesta ja hänen aktiivisesta osallisuudesta kuntoutustavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamiseen tähtäävän toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin laajenee ja syvenee.
- Koulutukseen osallistujat ymmärtävät kuntoutuksen joko lyhyt aikaisena tiettyyn elämän vaiheeseen liittyvänä tai elinikäisenä toimintana kuntoutujan perheen ja lähiyhteisön että kuntoutuksen palvelujärjestelmän toiminnalla on suuri merkitys.
- Tavoitteena on lisäksi, että osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutusinterventioiden suunnitteluun moniammatillisissa työryhmissä ja erilaisissa kuntoutuksen dialogisissa työmenetelmissä

Osatavoite 1:

Koulutukseen osallistuvat muodostavat käsityksen kuntoutuksesta KUNTOUTUJALÄHTÖISENÄ, moni- ja poikkitieteisenä ilmiönä, monialaisena toimintakokonaisuutena ja yhteiskunnallisena palvelujärjestelmänä

1. MITÄ KUNTOUTUS ON?

kuntoutuksen ihmiskäsitys ja arvoperusta

kuntoutuksen keskeiset käsitteet (mm. terveys ja työ- ja toimintakyky, elämänhallinta, valtaistuminen/empowerment)

biopsykososiaalinen sairauskäsitys

kuntoutuksen vajavuuskeskeisen ja ekologisen mallin pääpiirteet

ICF-viitekehys kuntoutuksessa

2. KUNTOUTUSLAINSÄÄDÄNTÖ JA KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö

kuntoutus yhteiskunnallisena palvelujärjestelmänä (julkinen, yksityinen ja kolmannen sektorin toiminta)

lääkinnällinen kuntoutus

hoidon porrastus lääkinnällisessä kuntoutuksessa

asiakkaan/potilaan oikeudet erilaisiin etuisuuksiin

Osatavoite 2:

Koulutukseen osallistujat muodostavat käsityksen kuntoutumisesta yksilön ja ympäristön muutos- ja oppimisprosessina. He lisäävät tietojaan ja taitojaan asiakkaan kuntoutustarvetta aiheuttaviin tekijöihin ja asiakkaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden arviointiin elämän eri tilanteissa ja elämänvaiheissa sekä kuntoutuksen suunnitteluun.

3. KUNTOUTUSPROSESSI

Kuntoutuminen oppimisprosessina ja yksilön ja ympäristön muutosprosessina

kuntoutustarpeen arviointi

kuntoutuksen suunnittelu

kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen

Osatavoite 3:

Koulutukseen osallistujat syventävät ja laajentavat näkemystään KUNTOUTUJALÄHTÖISEN moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksista kuntoutuksessa

4. MONIAMMATILLINENYHTEISTYÖ

moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet

tiimityöskentelyn perusteet ja käytäntö

moniammatillisen yhteistyön kehittyminen ja kehittäminen

verkostotyö (hoidon jatkuvuus/verkostot)

Osatavoite 4:

Koulutukseen osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutuksen ohjaamiseen ja kuntouttavien tekijöiden integrointiin kuntoutujien/asiakkaiden arkeen sekä omaan toimintamalliin

5. OHJAAMINEN KUNTOUTUSTYÖSSÄ

kuntoutuksen ohjauksen ja neuvonnan dialogiset työmenetelmät
kuntoutujan ohjaaminen
omaisten ja läheisten ohjaus
eri ammattihenkilöiden ohjaaminen

6. KUNTOUTTAVA TYÖOTE

kuntouttavan hoitotyön periaatteet ja käytännöt
päivittäisten toimintojen harjoittaminen

Osatavoite 5.

Koulutukseen osallistujat lisäävät tietojaan kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja vaikuttavuuden arvioinnissa

7. KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS

kuntoutuksen vaikuttavuus
näyttöön perustuva hyvä kuntoutuskäytäntö
kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi
kuntoutustulosten arviointi
ympäristön merkitys kuntoutumisessa

8. MAHDOLLISET MUUT OPISKELUPROSESSIN AIKANA SYNTYVÄT AIHEPIIRIT

Koulutuksen aikana osallistujat ilmaisivat tarpeensa tehdä tutustumiskäynnin johonkin organisaatioon, missä on hyvin toimiva kuntoutusosasto. Tähän tarpeeseen vastattiin tekemällä opintokäynti Oulun kaupunginsairaalaan.

4 KOULUTUKSEN TOTEUTUS

Koulutus toteutettiin toimintatutkimuksen mukaisesti kolmena toisiinsa limittäin kiinnittyvänä koulutussyklinä. Koulutus rakentui kuntoutuksen tietoperustaa laajasti rakentavista teemoista, joita käsiteltiin koulutuksen aikana monissa asiayhteyksissä sekä tilanteeseen liittyvänä että erillisenä.

Koulutuksen syklit on esitetty tavoitteineen, sisältöineen sekä keskeisine tehtävineen ja tuotoksineen liitteessä (LIITE 1).

Kuntoutuskoulutuksen materiaali:

Rissanen,P., Kallanranta,T. & Suikkanen,A. (2008) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Härkäpää,K. & Järvikoski,A. (2008) Kuntoutuksen perusteet. WSOY.

5 KUNTOUTUSKOULUTUKSEN TULOS – UUSI ASiantuntijuus

Tämän koulutushankkeen toteutuksella lisätään Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotipalvelun henkilöstön kuntoutuksen asiantuntijuutta. Perinteisesti on ajateltu, että kuntoutuksen asiantuntijuus on sama kuin fysioterapian, toimintaterapian ja puheterapian asiantuntijuudet, vaikka ne edustavat lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvien erillisten interventoiden asiantuntijuutta. Kuntoutuksen merkitys ja näkyvyys yhteiskunnassamme on 2000-luvun aikana lisääntynyt. Tämä on tuonut tarpeen myös laajemman kuntoutuksen asiantuntijuuden tarpeelle. Asiantuntijuus onkin enemmän kuin ammattitaito.

Koulutuksen tavoitteena tulee olla uuden tiedon tuottaminen yhteisön käyttöön. Meillä on olemassa yhteiskunnallinen murros tulee muuttamaan sosiaali- ja terveysalan töiden asiantuntijuuden ehtoja. Asiantuntijatyön muutos kiinnittyy aina yhteiskunnalliseen muutokseen. Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon ammattilaiset joutuvat sovittamaan asiantuntemuksensa monimutkaistuvaan asiantuntijuuksien ja työnjaon kokonaisuuteen. Nykyisen professionaalisen asiantuntijuuden on katsottu tulleen päätepisteeseen. Yhteiskunnan muutosten seurauksena on tullut tilaus monenlaisille asiantuntijoille ja tiedolle – myös kuntoutuksen laaja-alaiseen asiantuntijuuteen. Ammatilliset käytännöt sekä terveys- että sosiaalialalla perustuvat ainoastaan osittain koulutuksen kautta saatuu tietoon. Tieteellisen tiedon lisäksi ammattikuntien professionaalista kenttää muokkaavat ammattitraditioon liittyvä kokemusperäinen tieto. Kokemusperäinen tieto on ammattien kehittyessä muotoutunut myyteiksi ja uskomuksiksi, joiden oikeutusta ei ammattikuntien sisällä kyseenalaisteta. Näin ollen Pudasjärven uusi kuntoutuksen asiantuntijuus rakentuu yhtälailla virallisina kaikkien tunnustamina ja epävirallisina, salattuina, eri ammattikuntien sisällä muotoutuneina asiantuntijuuden osina. Kuntoutuksen uusi asiantuntijuus ilmenee dynaamisuuksena, muuntuvana ja vakiintuneita työnjaon luokituksia kaihavana. Se ei ole mihinkään tiettyyn ammattiin liittyvää, vaan kiinnittyy tarkoituksenmukaisesti kaikkeen toimintaan.

LÄHTEET

- Amery J (2000) Interprofessional working in Health Action Zones: how can this be fostered and sustained? *Journal of Interprofessional Care* 14: 27–30.
- Barr H (1996) Ends and Means in Interprofessional Education: Towards a Typology. *Education for Health* 9 (3), 341–352.
- Barr H (2002) (prepared) Interprofessional education Today, Yesterday and Tomorrow, Occasional Paper No. 1, March, Centre for Health Sciences and Practice. London.
- [Brown J ym. \(2011\) Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25\(1\): 4-10](#)
- Dechant K, Marsick VJ & Kasl E (1993) Towards a model of team learning. *Studies in Continuing Education* 15: 1–14.
- Freeman M, Miller C & Ross N (2000) The impact of individual philosophies of teamwork on multiprofessional practice and the implications for education. *Journal of Interprofessional Care* 14(3): 237–247.
- Gustavsen B (1987) Action research and theory of sciences. *Reports on Education and Psychology* 1:15–30.

- Gustavsen B (1992) *Dialogue and Development. Theory of Communication, Action Research and the Restructuring of Working Life*. Van Corcum, Assen/Maastricht & The Swedish Center for Working Life. Stockholm.
- Gustavsen B (1996) *Development and the Social Sciences. An uneasy relationship*. Teoksessa: Toulmin S & Gustavsen B: *Beyond Theory. Changing Organizations through Participation*. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam, p. 5–30.
- Hart E & Bond M (1996) *Action research for health and social care – a guide to practice*. Buckingham: Open University Press.
- Heikkilä J & Heikkilä K (2002) *Dialogi – Avain innovatiivisuuteen*. WS Bookwell Oy, Juva.
- Heikkilä K (2001) *Tiimit – avain uuden luomiseen*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Hilton RW, Morris DJ & Wright AM (1995) *Learnig to work in the health care team*. *Journal of Interprofessional Care* 9: 267–274.
- Isaacs W (2001) *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. Kauppakaari, Helsinki.
- Kemmis S & McTaggart R (1988) *The action research planner*. Deakin: Deakin University Press.
- Kemmis S & Wilkinson M (1998) *Participatory action research and the study of practice*. Teoksessa: Atweh B, Kemmis S & Weeks P (ed.) *Action research in practice. Partnership for social justice in education*. London: Routledge.
- Légaré, F. Stacey, D. & Pouliot, S. (2011) *Interprofessionalism and shared decision-making in primary care : a stepwise approach towards a new model*
- Ovretveit J (1995a) *Moniammatillisen yhteistyön opas*. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu (suomennos). Hakapaino. Helsinki.
- Ovretveit J (1995b) *Team decision-making*. *Journal of Interprofessional Care* 9 (1): 41–51.
- Ovretveit J (1996) *Five ways to describe a multidisciplinary team*. *Journal of Interprofessional Care* 10(2): 163-171.
- Veijola A (2004) *Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön. Toimintatutkimus lasten kuntoutuksen kehittämisestä*. Oulun Yliopisto. Yliopistopaino.
- Whyte WF (ed.) (1991) *Participatory action research*. A Sage Ficus Edition.USA.

1. Teema:

Mitä olet tehnyt ja kenen kanssa, että toiminta on tavoitteellista ja tavoitteena on kuntoutujan kuntoutuminen?

2. Teema:

Mitä on tapahtunut, että toimitilat ja ympäristö toimivat taloudellisten resurssien mukaisesti? Mitä on tapahtunut kuntoutujan/ potilaan/ asiakkaan lähellä? Jos ei ole, niin mitkä asiat olisivat niitä joihin voisi jo nyt puuttua?

3. Teema:

Tunnetko toisen työn? Kuntoutusosastolla toimitaan tiimityön periaatteiden mukaan. Hoitohenkilökunta työskentelee työpareina ja yhteistyössä erityisasiantuntijoiden kanssa. Moniammatillinen yhteistyö toimii ja erityistyöntekijät ovat kiinteästi mukana arjessa.

- Kenen tulisi osallistua yhteistyöhön?
- Mihin tarvitaan uusia rooleja?

Kerro joku esimerkki tai jos ei ole ollut niin minkälaista yhteistyötä haluaisit tehdä eri ammattiryhmää edustavan työntekijän kanssa? Semmoista mitä et ole aikaisemmin tehnyt.

4. Teema:

Kerro yksi asia, mikä on vielä haasteena tai asia mihin pitäisi tarttua, mihin seuraavaksi kyntesi isket?

Tutkimusaineistot

Oppimistehtävän teema	Tiedonkeruume- netelmä ja tuotos	Ennak- koteh- tävä	Ly- hen- ne	Ajankoh- ta	Kerääjä	Tutki- mus- kysymys
Oppimistehtävä Visio uudesta kuntoutusosastosta ja sen toiminnasta	Tulevaisuuden muistelu Jokaisen osallistujan tuottama kirjallinen dokumentti		a1	syksy 2008	kouluttaja	2.1 2.2
Oppimistehtävä Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja esteet	Pienryhmäkeskustelu Fläppitaulut		a2	syksy 2008	kouluttaja	1.1 1.2 1.3
Oppimistehtävä Mitä on hoito, kuntoutus, hoiva/ huolenpi- to?	Pienryhmäkeskustelu Strukturoitu tehtävälo- make	x	a3	syksy 2008	kouluttaja	1.1 1.2 1.3
Oppimistehtävä Hyvä kuntoutuksen yhteistyökäytäntö	Pienryhmäkeskustelu Fläppitaulut		a4	syksy 2008	kouluttaja	2.1
Oppimistehtävä Mitä erityisosaamista sinun ammattiryh- mäsi tuo moniammatilliseen yhteistyö- hön?	Pienryhmäkeskustelu Fläppitaulut	x	a5	syksy 2008	kouluttaja	1.1 1.2 1.3
Oppimistehtävä AVH-kuntoutujan hoito- ja kuntoutus- prosessin nykytilan kuvaus	Pienryhmäkeskustelu Strukturoitu tehtävälo- make		a6	syksy 2008- keväät 2009	tutkija	1.1 1.2 1.3
Oppimistehtävä Pudasjärven kuntoutustoiminnan arvot	Pienryhmäkeskustelu		a7	keväät 2009	kouluttaja	2.1
Oppimistehtävä Minkälainen on kuntoutumista edistävä ympäristö?		x	a8	keväät 2009	kouluttaja	2.1
Oppimistehtävä Minkälainen kuntoutussuunnitelman tekemisen malli on hyvä ja toimiva omassa työssäsi?	Pienryhmäkeskustelu		a9	keväät 2009- syksy 2009	toinen tutkija	2.1
Haastattelu Mitä osaamista koulutushanke on tuotta- nut?	Ryhmähaastattelu		c1	keväät 2009	tutkija	
Tutustumiskäynti Oulun kaupungin- sairaalan kuntoutusosastolle	Opintokäynti		a10	syksy 2009	kouluttaja	2.1
Arviointitehtävä 1: 1.1 Arvioikaa, miten käsityksenne asiaka- kaan omasta aktiivisuudesta kuntoutus- prosessissa on kehittynyt? Miten ilmenee käytännön työssä? 1.2. Arvioikaa miten kuntoutukseen liittyvä tieto on koulutuksen aikana kehit- tynyt? Mikä vaikutus käytännön työhön? 1.3. Arvioikaa miten käsityksenne / tieto- perustanne moniammatillisesta yhteis- työstä on lisääntynyt? Miten ilmenee käytännön työssä?	Pienryhmäkeskustelu Strukturoitu tehtävälo- make		b1 b2 b3	syksy 2009	kouluttaja	1.1 1.2 1.3
Arviointitehtävä 2: Arvioikaa miten koulutus on vastannut sille asetettuja tavoitteita	Pienryhmäkeskustelu Strukturoitu tehtävälo- make		b4	syksy 2009	kouluttaja	2.1
Oppimistehtävä AVH-kuntoutujan hoito- ja kuntoutus- prosessin nykytilan kuvaus	Pienryhmäkeskustelu Strukturoitu tehtävä- lomake		a11	joulu 2009	tutkija	1.1 1.2 1.3

	Strukturoitu kysely-lomake Jokaisen osallistujan tuottama kirjallinen dokumentti		b5	joulu 2009	kouluttaja	2.1
Kouluttajan haastattelu	Lomakekysely		c2	joulu 2009	tutkija	1.1 1.2 1.3 2.2



OAMK- koulutuspalaute

1. Arvioi koulutusta asteikolla 1 (kehitettävää) – 5 (erinomainen)

Koulutuksen kokonaisuus:

1	2	3	4	5

Koulutuksen järjestelyt:

1	2	3	4	5

Koulutuksen sisältö:

1	2	3	4	5

Kouluttajat:

1	2	3	4	5

Perustelut/ kommentit:

2. Miten koulutus vastasi odotuksiasi? 1 (ei vastannut) – 5 (vastasi erittäin hyvin)

1	2	3	4	5

Perustelut/ kommentit:

3. Miten haluaisit kehittää tätä koulutusta?

Oman oppimisen arviointi

4. Mikä oli kurssin tärkein anti sinulle?

5. Miten aiot hyödyntää oppimaasi omassa työssäsi ja työyhteisössäsi?

6. Jatkokoulutustoiveita:

Kysymykset kouluttajalle**1. Arviosi siitä, kuinka hyvin koulutuksen aikana päästiin osallistujien asettamiin tavoitteisiin. Mikä auttoi/ esti niihin pääsyä?**

- Kuntoutusosastolla on turvallinen ja kaikkia arvostava työilmapiiri, jolloin kaikilla on hyvä tehdä työtä siellä. Koko henkilökunta kiinnittää huomiota kuntouttavan toiminnan edellyttämään asenteiden muuttumiseen. Toimitilat ja ympäristö ovat toimivat taloudellisten resurssien mukaisesti. Toiminta on aina tavoitteellista ja tavoitteena on kuntoutujan kuntoutuminen. Kuntoutusosastolle pääsemiselle on asetettu selkeät kriteerit. Osasto sisältää pieniä yksiköitä, joissa kuntouttava toiminta suunnitellaan potilaiden/kuntoutujien toimintakyvyn mukaan sekä yksilö- että ryhmätoimintana.
- Kuntoutusosastolle tulevalle potilaalle/kuntoutujalle tehdään yhdessä hänen ja hänen omaistensa kanssa oma kuntoutussuunnitelma, missä jo alussa otetaan mukaan myös potilaan/kuntoutujan oma tahto. Suunnitelmaa tarkastetaan säännöllisesti. Tavoitteena on optimaalinen kuntoutusaikataulu, jotta kuntoutuja ei jää osastolle todellista tarvetta pitemmäksi ajaksi. Omaiset, kotipalvelu ja kolmas sektori ovat mukana kuntoutusprosessin alusta alkaen. Kuntoutujan siirtyessä kotiin myös osaston tietotaitoa hyödynnetään kuntoutujan kotiaivuntarpeen kartoituksessa.
- Kuntoutusosastolla toimitaan tiimityön periaatteiden mukaan. Hoitohenkilökunta työskentelee työpareina ja yhteistyössä erityisasiantuntijoiden kanssa. Moniammatillinen yhteistyö toimii ja erityistyöntekijät ovat kiinteästi mukana arjessa. Kaikki ovat sitoutuneet kuntouttavaan työotteeseen. Henkilökunnan koulutus on jatkuvaa.

2. Tapahtuiko/ ilmeni koulutuksen aikana jotain ennakoimatonta? Millaisia ennakoimattomia asioita projektin aikana ilmeni ja kuinka niitä käsiteltiin?**3. Mielestäsi tärkein koulutuksen tuoma muutos? Tärkein asia, mitä koulutuksen aikana tapahtui, mikä oleellinen muutos tapahtui? Minkä näet tärkeimpänä asiana, mitä koulutus on osallistujille tuottanut?****4. Arviosi, jäävätkö uudet ajatukset, toimintatavat elämään? Mitä tarvitaan, että ne jäävät elämään?****5. Mitä tekisit toisin? Miksi?****6. Arviosi koulutuksessa käytetyistä menetelmistä ko. kohderyhmälle. Valintaperusteet käytetyille menetelmille. Mikä toimi, mikä ei?**

Yhteenveto tutkimustuloksista

LIITE 6

missä näkyy	nykytila	puoliväli	loppu
tiedot	<p>Ei ollut selkeää yhteistyökäytäntöä eri alan osaajien osaamisen hyödyntämiseksi.</p> <p>Ei ollut minkäänlaista mallia tai käytäntöä suunnitelmien tekemiseen (toiminta oli satunnaista ja strukturoimatonta)</p> <p>Ei osata perustella asiakkaille kuntouttavan hoidon merkitystä</p>	<p>Uskaltaa herkemmin tarttua eri tyyppisiin ammattiauttajiin, lähestyminen on helpompaa</p> <p>Kirjaamisessa on tullut muutoksia</p> <p>Perustellaan potilaille/ asiakkaille miksi on tärkeää että itse tehdään, enemmän kannustetaan ja motivoidaan</p> <p>Osataan perustella päättäjille asioita, kuntoutusasia tulisi näkyväksi</p>	<p>Kuntoutussuunnitelmaprosessia kehitetään erillisessä osaprojektissa</p> <p>Uuden tiedon saantia</p> <p>Kuntoutumista edistävä toimintamalli syventyi ja yhteinen näkemys rakentui toimintaa ohjaavaksi viitekehykseksi</p> <p>Yhteiset kokoontumiset työkavereiden kanssa, keskustelut ”oman” työpaikan asioista (keskustelempi kulttuurimuutos)</p>
taidot	<p>Ennen koulutusta kuntoutumisen tavoitteet määrittyivät osastolla selviytymiseen liittyen.</p> <p>Ei osata tehdä yhteistyötä, ei halutakaan tehdä. Oma tietotaitoa ei arvosteta. Puutteelliset vuoro-vaikutustaidot. Vahvuuksia ei hyödynnetä tarpeeksi.</p> <p>Tehdään asiakkaan puolesta.</p>	<p>Käyntiin lähtö aikaisemmin, toimintakykyä on aloitettu jo jossain määrin kartoittamaan ja miettimään, miten se siellä kotona pärjää</p> <p>Potilaan kuunteleminen, hoitajan taito ja läsnäolo siinä hetkessä</p> <p>Hoitoajat lyhentyneet</p> <p>Tiimin vetäjän vastuu erilaisten osaamisten hyödyntämisestä</p>	<p>Havahtuminen uudentyyppiseen moniammatilliseen yhteistyöhön.</p> <p>Valmius kuntoutuksen toteutukseen käytännössä parantui</p> <p>Tavoitteellinen toiminta tuli systemaattisemmaksi ja kuntoutujan oma aktiivinen roolin lisääntyi</p>
asenteet	<p>Koulutuksen alussa kotipalvelu ja terveystieteiden henkilöstö ”elivät ja toimivat eri leireissä” – selkeät jännitteet ryhmien välillä oli aistittavissa</p>	<p>Katsotaan ja toimitaan laaja-alaisemmin</p> <p>Sitoudutaan porukalla kuntoutumista tukevaan työotteeseen</p> <p>Avoimuus ja yhteistyö on lisääntynyt</p>	<p>Ilmapäätöksiin muotoutuminen toisen työtä – ja tätä kautta myös toisia – arvostavaksi</p> <p>Hoito henkilöstön keskeinen toisia arvostava työorientaatio syveni ja kirkastui.</p> <p>Henkilöstön sitoutuminen kuntoutumista edistävään yhteistyömalliin kehittyi ja lisääntyi</p> <p>Terveystieteiden ja kotipalvelun välille syntyi aito tahto tehdä yhteistyötä</p>